Psihoterapia eficientă

Irina Holdevici
Barbara Crăciun

TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

IRINA HOLDEVICI
BARBARA CRĂCIUN

Psihoterapia eficientă

TREI

EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

COPERTA
Faber Studio

REDACTOR
Raluca Hurduc

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Ofelia Coșman

CORECTURĂ
Rodica Petcu
Elena Bițu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
HOLDEVICI, IRINA
Psihoterapia eficientă / Irina Holdevici și Barbara Crăciun. -
București: Editura Trei, 2013
Bibliogr.

ISBN 978-973-707-710-3

I. Crăciun, Barbara

615.851

© EDITURA TREI, 2013

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-710-3

Cuprins

Cuvânt-înainte. Să alegem o psihoterapie eficientă 7

I Abordarea cognitiv-comportamentală de scurtă durată 11

II Aplicații ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată 68

III Abordări centrate pe soluție 138

IV Relaxarea 186

V Hipnoza și terapia de scurtă durată 212

VI Hipnoza permisivă 356

VII Psihoterapii scurte de grup 423

Bibliografie 465

Cuvânt-înainte
Să alegem o psihoterapie eficientă

Epoca modernă se caracterizează printr-o creştere accentuată a influenţei factorilor stresanţi ce acţionează asupra indivizilor şi grupurilor dinspre şi în multiple direcţii. Ritmul foarte rapid al transformărilor care au loc în societate, bombardamentele informaţionale prin intermediul reţelelor de mass-media, internetului şi al reţelelor de socializare, cerinţele tot mai complexe care se conturează în planul profesional şi social, competenţa acerbă din toate domeniile, diminuarea influenţei unor sisteme religioase şi morale, creşterea importanţei organizaţiilor fundamentaliste şi, nu în ultimul rând, efectele crizei economice exercită o presiune puternică asupra tuturor generaţiilor.

În aceste condiţii, numărul afecţiunilor psihice şi psihosomatice este în continuă creştere. Putem spune că astăzi sindromul de epuizare profesională (*burn-out*) sau atacurile de panică sunt raportate ca fiind extrem de prezente şi frecvente de către mulţi pacienţi. Din această perspectivă, şi nu numai, sunt din ce în ce mai necesare intervenţiile de specialitate din domeniul consilierii psihologice şi psihoterapiei.

Costurile acestor intervenţii trebuie să fie cât mai scăzute, iar durata cât mai redusă, pentru a-şi susţine eficienţa. Dacă în prima jumătate a secolului XX psihanaliza freudiană deţinea supremaţia în domeniul psihoterapiei, mult timp fiind considerată singura metodă de luat în seamă în acest domeniu, lucrurile au căpătat un alt contur în ultimii 30–40 de ani. Abordarea psihanalitică presupune o derulare terapeutică de lungă durată, costuri ridicate, precum şi existenţa unor criterii de includere a pacienţilor într-un astfel de demers (vârstă, nivel intelectual, cultural, structură de personalitate etc.). Ulterior, psihanaliza a început să piardă teren în favoarea psihoterapiilor de scurtă durată, dintre care, astăzi, cea mai agreată

pare să fie abordarea cognitiv-comportamentală, decontată integral prin sistemul de plată al caselor de sănătate din Statele Unite ale Americii şi din multe ţări ale Uniunii Europene.

În afară de psihoterapia cognitiv-comportamentală, s-au dezvoltat şi alte sisteme de psihoterapie de scurtă durată, dintre care putem menţiona aici într-o ordine absolut aleatorie: psihoterapia dinamică de scurtă durată, psihoterapia strategică, psihoterapia sistemică, abordarea modular-contextuală, psihoterapia centrată pe problemă, psihoterapia centrată pe soluţie, abordarea alegerilor realiste sau diversele variante ale hipnoterapiei de orientare ericksoniană.

Dorim să accentuăm faptul că nu contestăm valoarea psihoterapiilor de profunzime (psihanaliza ortodoxă freudiană, jungiană, adleriană, psihoterapia experienţială sau psihoterapia Unificării [Iolanda Mitrofan, 2004]) care îşi propun o restructurare de esenţă a personalităţii, dar, din cauza caracterului complex al acestora şi duratei prelungite, rămânem adepţii terapiilor de scurtă durată.

În opinia noastră, caracteristicile psihoterapiei eficiente sunt următoarele:

- durata scurtă, dar variabilă în funcţie de obiectivele terapeutice stabilite în cadrul diadei client–terapeut;
- algoritmizarea demersului terapeutic, care face ca terapia să depindă mai puţin de structura personalităţii clientului şi mai mult de o serie de paşi care trebuie urmaţi; acest procedeu poate fi însuşit cu relativă uşurinţă de către psihoterapeuţi în cadrul cursurilor de formare profesională;
- caracterul flexibil care face trimitere la posibilitatea introducerii acelor strategii care se potrivesc fiecărui client în parte, în funcţie de problema cu care a venit în terapie;
- caracterul eclectic, presupunând împrumutul de metode şi tehnici din alte sisteme terapeutice de scurtă durată. Precizăm însă că demersul terapeutic eficient nu reprezintă o colecţie de metode combinate la întâmplare, ci un proces riguros care are ca fundament un plan terapeutic bine stabilit;
- conceptualizarea fiecărui caz în parte şi individualizarea demersului terapeutic în funcţie de configurarea pe care o aduce fiecare client problemelor sale;
- stabilirea cu claritate a obiectivelor terapiei, urmărirea îndeplinirii acestor obiective realiste, posibil de atins într-un interval de timp rezonabil;

- cuantificarea obiectivelor psihoterapiei;
- aplicarea tehnicilor specifice de intervenţie pentru cazuistica individuală, pentru cupluri, familie sau grupuri;
- utilizarea unor strategii specifice care vizează atât nivelul conştient, cât şi cel inconştient al clienţilor;
- demersul psihoterapeutic va avea un caracter profilactic, reparator, dar şi autoformativ;
- intervenţia psihoterapeutică se adresează unor clienţi cu afecţiuni psihice, psihosomatice, ***non-psihotice*** sau unor persoane interesate de optimizarea performanţelor în diverse domenii de activitate (profesie, sport, învăţare, artă);
- în cadrul acestui tip de demers psihoterapeutic nu se analizează în exces conflictele din trecut, accentul fiind pus pe prezent şi viitor;
- menţinerea unui caracter strategic, în sensul că îi vom propune clientului aplicarea unor strategii clar definite şi structurate;
- caracterul sistematic, presupunând abordarea clientului în contextul social în care îşi desfăşoară activitatea;
- durata psihoterapiei se desfăşoară într-un număr aproximativ de 12–14 şedinţe a câte 50–60 de minute, realizate la început săptămânal şi apoi negociate de terapeut împreună cu clientul, în sensul scăderii frecvenţei. Durata nu este fixă, ea putând fi scurtată sau prelungită după caz;
- utilizarea, în cadrul psihoterapiei, a sarcinilor pentru acasă (temele pentru acasă) care presupun exerciţiile dintre întâlniri pe care clientul le are de făcut, exprimate prin îndeplinirea şi cuantificarea unor activităţi diverse, prin practicarea unor comportamente achiziţionate sau prin practicarea relaxării şi autohipnozei în funcţie de sugestiile terapeutului;
- acest gen de psihoterapie nu implică o psihodiagnoză în sensul clasic al cuvântului, ci utilizarea unor jurnale şi scale de autoevaluare a problemelor şi simptomelor pe care le-a adus clientul în terapie, precum şi obţinerea unor rezultate măsurabile ce privesc gradul de îndeplinire a obiectivelor;
- principalele componente ale unui demers de psihoterapie eficientă sunt, în opinia noastră: 1. psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată (Beck, 1995; Bond & Dryden, 2002; Cully & Teten, 2008); 2. psihoterapia centrată pe

soluție (Nelson & Thomas, 2007); 3. hipnoza și autohipnoza clinică (Hilgard și Hilgard, 1983) și 4. hipnoterapia de orientare ericksoniană (Rossi, 1980; Zeig și Rennick, 1991).

Indicațiile nosografice pentru modelul terapeutic propus de noi sunt următoarele:

- tulburările emoționale: tulburarea anxioasă generalizată, atacurile de panică, agorafobia cu sau fără atacuri de panică, fobiile specifice, fobia socială, tulburarea depresivă ușoară și moderată, tulburările posttraumatice de stres;
- tulburările psihosomatice: astmul bronșic, hipertensiunea arterială, colita, gastrita și ulcerele, tulburările dermatologice (prurit, psoriazis), tulburările endocrinologice;
- tulburările conduitei alimentare: anorexie, bulimie, obezitate;
- tulburările sexuale psihogene;
- nevrozele motorii: balbismul, nevroza ticurilor;
- combaterea durerii în bolile psihosomatice cu caracter cronic sau în cazul recuperării după accidente sau traumatisme;
- relaționarea în cuplu și familie;
- tulburări de comportament la copii și adolescenți;
- deprinderi greșite: fumat, consum abuziv de alcool sau droguri, jocuri de noroc;
- optimizarea performanțelor umane în activitatea profesională, sport, învățare;
- combaterea tracului precompetițional și profesional.

Acest model de psihoterapie nu se potrivește la pacienții psihotici (schizofreni, paranoici, pacienți cu tulburare afectivă uni- și bipolară), la persoanele cu deficiențe mentale, la pacienții cu demențe de diverse tipuri sau la pacienții cu tulburări de personalitate.

Strategiile propuse în cadrul acestui tip de demers pot fi aplicate împreună cu o medicație psihiatrică ușoară, dar din experiența personală am observat că, de cele mai multe ori, rezultate pozitive se obțin și în absența acestui tratament medicamentos.

Formarea terapeuților în acest domeniu se realizează în sfera psihoterapiei cognitiv-comportamentale, a hipnozei ericksoniene și a terapiilor de scurtă durată.

I
Abordarea cognitiv-comportamentală de scurtă durată

1.1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată

Psihoterapia cognitiv-comportamentală scurtă își propune să asigure maximum de avantaje într-un timp cât mai scurt și cu costuri minime pentru client.

În cadrul acestui sistem terapeutic, timpul este utilizat în mod flexibil și nu toate ședințele de psihoterapie vor avea în mod obligatoriu aceeași durată și frecvență. Durata întregului demers terapeutic depinde de particularitățile personalității clienților, de împrejurările de viață, de stilul lor personal, de capacitatea de rezolvare a problemelor pe care aceștia o pun în practică, precum și de nivelul de inteligență. Ceea ce contează pentru acest tip de terapie sunt eficiența, atitudinea și îndeplinirea obiectivelor stabilite de client împreună cu terapeutul.

Curwen, Palmer și Rudelle (2008, pp. 3–4) prezintă câteva particularități ale acestui demers terapeutic:

- psihoterapia are un caracter pragmatic, nu presupune un demers de remodelare a structurii de bază a personalității clientului; presupune însă o modificare într-unul din sectoarele existenței clientului, ce va avea efecte și asupra altor zone ale acesteia;
- demersul terapeutic se bazează pe o perspectivă evoluționistă, conform căreia anumite modificări psihologice sunt inevitabile de-a lungul existenței subiectului (Gilligan, 1982;

Newgarten, 1979; Vaillant, 1977); această perspectivă este utilizată în scop terapeutic;

- problemele clientului sunt acceptate ca atare, dar în același timp sunt stimulate resursele și disponibilitățile latente ale fiecărei persoane, accentul fiind pus pe acestea, și nu pe deficiențe, puncte slabe sau simptome psihopatologice;
- multe modificări pozitive în viața clientului pot să se producă și după ce demersul terapeutic s-a încheiat deja;
- demersul terapeutic nu se desfășoară într-un timp nelimitat, ci dimpotrivă, se stabilesc limite pentru acesta;
- psihoterapia poate fi ineficientă în cazul în care este aplicată în mod neselectiv (Frances și Clarkin, 1981);
- psihoterapia trebuie să aibă o finalitate, nu trebuie să facem psihoterapie de dragul psihoterapiei, pentru că viața este mai importantă decât psihoterapia.

Metaanaliza realizată de Howard și colaboratorii săi (1986) a demonstrat faptul că 50% dintre clienți își ameliorează starea după a opta ședință de psihoterapie, iar 75%, după a douăzeci și șasea.

Principiile și metodele terapiei cognitiv-comportamentale

Unul dintre principiile de bază ale acestui demers terapeutic se referă la faptul că emoțiile, gândurile, stările fiziologice și comportamentele reprezintă elemente ale unui tot, astfel încât o modificare a unuia dintre ele se va reflecta și asupra celorlalte.

Demersul terapeutic pornește de la modificarea cogniților cu caracter dezadaptativ, modificare ce va avea efecte și asupra stărilor emoționale, proceselor fiziologice și comportamentelor. Procesele afective și comportamentele nu sunt determinate direct de stimulii exteriori (de împrejurări), ci de modul în care subiectul le interpretează. Acest adevăr se regăsește în maxima filosofului grec Epictet, care spunea: „Oamenii nu sunt perturbați de situații, ci de modul în care aceștia le privesc".

Terapia cognitivă, în forma în care o cunoaștem astăzi, își are originea în studiile lui Beck (1964) asupra depresiei și are următoarele postulate:

- gândurile sunt cele care generează emoții și comportamente;
- tulburările emoționale sunt cauzate de un stil de gândire negativă, disfuncțională;
- aceste tulburări emoționale pot fi vindecate sau ameliorate prin modificarea gândurilor și convingerilor negative care au caracter dobândit.

Gândirea negativă include două componente: gândurile negative automate care apar în mod involuntar în anumite situații și convingerile negative disfuncționale care stau la baza acestora și reprezintă un fel de reguli de viață, formate în copilărie, în urma interacțiunii cu persoanele semnificative din anturajul subiectului și care îl ajută pe acesta din urmă să confere semnificație evenimentelor lumii înconjurătoare. Odată structurate aceste convingeri, ele vor determina modul de procesare al informațiilor, influențând felul în care o persoană gândește, simte și acționează.

Astfel, o persoană care nutrește convingerea că „existența este periculoasă" va trăi stări de anxietate în majoritatea situațiilor. O astfel de convingere cu caracter general, care afectează o mare parte din aspectele vieții clientului, reprezintă o schemă cognitivă sau o convingere cu caracter primar, cu un caracter rigid, global și suprageneralizat.

Între schemele cognitive (convingerile primare) și gândurile negative automate se situează convingerile intermediare, care pot îmbrăca trei forme (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008, p. 10):

- Atitudini: *este foarte rău să te afli în pericol;*
- Reguli de viață: *trebuie ca întotdeauna să mă simt în siguranță și să acționez cu prudență;*
- Supoziții: *dacă acționez cu prudență, existența va fi mai puțin periculoasă.*

Înainte de a trece la evaluarea și la aplicarea strategiilor psihoterapiei cognitiv-comportamentale, terapeutul trebuie să respecte anumite reguli valabile pentru orice demers de consiliere și terapie de scurtă durată: să manifeste o atitudine empatică și de acceptare necondiționată, să îl întâlnească pe client „pe terenul său" și să sesiseze corect problemele și simptomele acestuia. Terapeutul îl va ajuta pe client să-și identifice și să-și înțeleagă și accepte stările

afective, să detecteze gândurile negative automate care le-au generat şi convingerile disfuncţionale de bază. Acestea din urmă vor fi combătute prin metoda contraargumentării şi înlocuite cu unele mai raţionale, cu caracter adaptativ.

O primă etapă în demersul de combatere a gândurilor şi convingerilor negative cuprinde familiarizarea clientului cu distorsionările cognitive (Burns, 1980, 1989). Acestea reprezintă erori de logică, prin intermediul cărora oamenii alterează frecvent datele realităţii. Clienţilor li se explică faptul că persoanele stresate sau tulburate emoţional nutresc anumite gânduri sau convingeri care par credibile, dar care nu au nimic de-a face cu realitatea obiectivă, având un caracter nerealist. Este important ca subiectul să fie informat de faptul că aceste erori de logică sunt specifice majorităţii oamenilor şi nu au nicio legătură cu nivelul de inteligenţă.

Prezentăm în cele ce urmează lista principalelor distorsiuni cognitive adaptată de Curver, Palmer şi Rudell (2008) după Beck (1964), Ellis (1963) şi Burns (1989):

• *Gândirea de tip dihotomic* („alb-negru"; „totul sau nimic")

Se caracterizează prin aceea că subiectul se evaluează pe sine însuşi, pe ceilalţi, împrejurările şi lumea în general în culori extreme. Acest mod de gândire este absolutist şi nu permite nuanţe de cenuşiu. Astfel, de pildă, un individ se va aprecia pe sine ca fiind lipsit de valoare în toate domeniile, dacă a comis la un moment dat o greşeală minoră.

• *Personalizarea şi blamarea*

Personalizarea caracterizează modul de gândire al unei persoane care se blamează pe sine pentru toate lucrurile care merg prost, asumându-şi responsabilitatea pentru evenimente pe care nu le poate controla pe deplin („Eu sunt vinovată pentru eşecul şcolar al fiului meu"). Atitudinea opusă constă în blamarea celorlalţi sau a împrejurărilor, ignorând contribuţia persoanei la producerea problemei („Soţul meu este vinovat pentru destrămarea căsniciei noastre").

• *Catastrofizarea*

Are loc în situaţia în care persoana prevede faptul că evenimentele vor lua o întorsătură negativă. Acest tip de gândire este specific subiecţilor anxioşi care se gândesc la tot ce este mai rău în orice situaţie („Voi fi cu siguranţă respins la interviul de ocupare a postului pe care îl doresc", „Nu-mi voi mai găsi niciodată un loc de muncă").

• *Judecata afectivă*

Se caracterizează prin aceea că persoana trage concluzii referitoare la un eveniment doar pe baza trăirilor sale afective, ignorând total datele realității. De pildă, un tânăr a cărui prietenă a întârziat la întâlnire își spune în gând: „M-a părăsit", ignorând faptul că fata ar fi putut fi blocată în trafic și și-a uitat acasă telefonul mobil.

• *Afirmațiile de tip absolutist* („Trebuie neapărat să....")

Subiectul se conduce după niște imperative categorice care îi spun cum trebuie să fie el, alte persoane sau lumea înconjurătoare. Dorințele și expectațiile sale devin niște imperative categorice („Eu trebuie neapărat să obțin întotdeauna și cu orice preț afecțiunea și prețuirea celorlalți"). Atunci când expectațiile unei astfel de persoane nu sunt îndeplinite, ea va deveni perturbată emoțional, simțind depresie, mânie și frustrare.

• *Abstragerea selectivă*

Persoana acordă o atenție exagerată unui aspect negativ minor pe care îl ruminează la nesfârșit, ignorând toate celelalte aspecte pozitive. În acest fel, dacă un autor a primit o serie de cronici pozitive ale cărții sale și doar una negativă, el va tinde să se concentreze doar asupra acesteia din urmă.

• *Descalificarea pozitivului*

Clientul va ignora aspectele pozitive ale unei situații, afirmând faptul că acestea nu prezintă importanță (exemplu: un student care a avut numai note bune la examene va considera că profesorii s-au înșelat în cazul său).

• *Suprageneralizarea*

Persoana este de părere că o experiență negativă singulară se va repeta la nesfârșit. Astfel, o fată părăsită de prieten va fi convinsă că niciun băiat nu o va mai curta și iubi vreodată.

• *Amplificarea și minimalizarea*

Subiectul face această eroare de logică atunci când se evaluează pe sine, pe ceilalți sau lumea înconjurătoare; acesta va avea tendința să amplifice aspectele negative și să le minimalizeze pe cele pozitive (exemplu: un angajat care a primit o apreciere care include și laude, și critici le va amplifica pe acestea din urmă, considerându-se o persoană lipsită de valoare).

• *Etichetarea*

Persoana se evaluează pe sine sau pe ceilalți prin intermediul unor etichete cu caracter general („Sunt un ratat"; „El este o canalie"; „Sunt un prost").

• *Inferenţele arbitrare*

Acest tip de gândire se caracterizează prin aceea că subiectul trage concluzii negative fără a avea suficiente dovezi şi îmbracă de obicei două forme:

Citirea gândurilor: clientul crede că ştie ce gândesc ceilalţi, ignorând alte explicaţii posibile ale unor comportamente sau atitudini (un angajat se întâlneşte cu şeful său, care este încruntat, şi interpretează acest lucru ca reprezentând nemulţumirea acestuia faţă de el, ignorând faptul că şeful ar putea fi supărat şi din multe alte motive).

Ghicirea viitorului: persoana prezice faptul că evenimentele viitoare vor avea un final negativ (un pacient căruia i s-a recomandat o tomografie computerizată va trage concluzia că suferă de o boală gravă).

Trebuie subliniat faptul că un gând negativ sau o convingere disfuncţională poate include mai multe tipuri de distorsionări cognitive. De asemenea, un anumit subiect poate utiliza mai frecvent un pachet de astfel de distorsionări, cum ar fi imperativele categorice, inferenţele arbitrare sau judecăţile afective, în timp ce diferitele tulburări emoţionale au la rândul lor tipare specifice de erori de logică.

Caracteristicile terapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 17) pornesc de la faptul că:

- stilul abordat de către psihoterapeut are un caracter activ şi directiv, dar în acelaşi timp este bazat pe înţelegere şi comunicare empatică;
- formularea problemelor reprezintă o etapă importantă.

Terapeutul va culege informaţii referitoare la problemele clientului, pe baza mesajelor verbale şi nonverbale oferite de acesta. Interviul de evaluare are loc la începutul terapiei (prima şedinţă de psihoterapie), iar în urma acestuia se realizează conceptualizarea cazului în termeni cognitiv-comportamentali, conceptualizare care va fi revizuită în funcţie de noile informaţii care apar pe parcurs. Aceasta poate include evenimentul activator extern (situaţia), gândurile negative automate, convingerile disfuncţionale sau schemele cognitive de bază, stările emoţionale, reacţiile fiziologice comportamentale problematice şi factorii precipitatori ai acestora.

Relaţia terapeutică are un caracter colaborativ, clientul şi terapeutul lucrând împreună la formularea şi soluţionarea problemelor clientului. În acelaşi timp, aceasta are şi un caracter educaţional, clientul fiind informat într-un limbaj accesibil asupra principiilor şi strategiilor terapeutice. Clientul este încurajat să participe activ la demersul terapeutic şi să-şi asume responsabilitatea acestuia, încă de la primele şedinţe de psihoterapie. Obiectivele şi ordinea de zi a fiecărei şedinţe de terapie (agenda şedinţei) se stabilesc împreună de către psihoterapeut şi client, aceştia oferindu-şi în mod reciproc feedbackuri la finalul întâlnirilor.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată se potriveşte în cazul problemelor relativ simple, clar şi precis delimitate. Pentru tulburările din sfera personalităţii, este necesar un demers cognitiv-comportamental ceva mai lung.

Structura unei şedinţe de psihoterapie

Cu excepţia primei şedinţe, toate celelalte au o structură relativ standardizată, care însă nu trebuie urmată în mod rigid. Această structură îi ajută pe terapeut şi client să economisească timp, să nu omită elemente importante, să menţină o atitudine şi o orientare pragmatică şi să monitorizeze mai uşor progresele înregistrate. Etapele unei şedinţe de terapie sunt următoarele:

- evaluarea dispoziţiei clientului;
- trecerea în revistă a evenimentelor care au avut loc în cursul ultimei săptămâni;
- stabilirea agendei pentru şedinţa respectivă;
- feedbackuri şi conexiuni cu şedinţele anterioare;
- evaluarea îndeplinirii sarcinilor pentru acasă;
- parcurgerea punctelor stabilite în agendă (ordinea de zi);
- trasarea noilor teme pentru acasă;
- solicitarea unor feedbackuri referitoare la modul în care s-a desfăşurat şedinţa de psihoterapie.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată este orientată către scop.

Atunci când clientul îşi prezintă problemele în faţa terapeutului, acesta din urmă îl încurajează să le exprime în termeni comportamentali. Astfel, unui client care afirmă că se simte deprimat, terapeutul îi va cere să explice în ce mod se manifestă depresia sa. Un alt exemplu: dacă pacientul se plânge că nu mai ţine o dietă corespunzătoare sau că a abandonat activităţile care înainte îi făceau plăcere, modificarea în sens pozitiv a acestor comportamente poate deveni unul dintre obiectivele terapiei.

Reamintim faptul că obiectivele terapiei vor fi stabilite de comun acord de către client şi terapeut. Există situaţii în care, la începutul terapiei, clientul îşi fixează obiective nerealiste sau contraproductive (de exemplu, un subiect cu fobie socială ar dori să nu mai simtă ***niciodată*** teamă atunci când se află într-un loc public), caz în care terapeutul îl va ajuta să stabilească obiective mai realiste, posibil de atins.

Specificul terapiei cognitiv-comportamentale constă în combaterea stilului distorsionat de gândire. Aşa cum am subliniat, terapia cognitiv-comportamentală porneşte de la premisa că gândurile şi convingerile sunt cele care determină stările afective, comportamentele şi reacţiile fiziologice ale individului. Gândurile negative sunt combătute, spre exemplu, prin intermediul metodei dialogului socratic, ajutându-l pe client să sesiseze caracterul nerealist şi lipsit de logică al acestora.

Palmer şi Dryden (1995) şi Palmer şi Strickland (1996) ne prezintă o listă de întrebări care îi pot fi utile terapeutului specializat în psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată.

Prezentăm mai jos câteva dintre acestea:

1. Care este dovada că respectiva convingere este adevărată?
2. Oare un om de ştiinţă ar fi de acord cu punctul tău de vedere?
3. Unde scrie aşa ceva?
4. Ar fi de acord colegii sau prietenii cu ideile tale?
5. Este toată lumea de acord cu acest punct de vedere? Dacă nu este, ce crezi că îi determină pe ceilalţi să nu fie de acord?
6. Ce anume face ca această situaţie să fie atât de îngrozitoare?
7. Va mai fi atât de rău peste o lună, două sau mai multe luni?
8. Oare nu exagerezi importanţa problemei tale?
9. Oare nu prezici o situaţie, fără a avea dovezi că cel mai rău lucru se va întâmpla?

10. Dacă nu vei putea suporta acest lucru, oare ce se va întâmpla cu adevărat?
11. Oare nu cumva te concentrezi prea mult asupra slăbiciunilor tale, ignorându-ţi calităţile?
12. Nu cumva te stresezi în privinţa modului în care vor evolua lucrurile în loc să le iei ca atare şi să încerci să rezolvi situaţia?
13. Unde te duce un astfel de gând sau atitudine?
14. Oare convingerea ta te ajută să-ţi atingi obiectivele?
15. Nu gândeşti cumva în termenii „totul sau nimic"?
16. Nu cumva îţi pui etichete cu caracter general („incapabil") dacă ai făcut o greşeală minoră?
17. Oare nu priveşti evoluţia evenimentelor în mod prea personal?
18. Nu îţi stabileşti singur standarde rigide, de genul „trebuie neapărat"; oare au aceste standarde sau reguli un caracter constructiv?
19. Oare nu dai vina în mod excesiv pe ceilalţi, pentru a te simţi bine pe moment?

Terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată generează modificări în comportamentul clientului încă *înainte* ca demersul terapeutic să se fi încheiat. Clientul îşi va însuşi o serie de abilităţi şi deprinderi sociale şi de rezolvare de probleme, deprinderi care îl vor transforma în propriul său terapeut. Acest lucru se întâmplă deoarece clientul are un rol activ în timpul şedinţelor de terapie şi în cadrul realizării sarcinilor pentru acasă. Trebuie menţionat că demersul terapeutic este limitat în timp şi presupune obligatoriu şi lucrul individual al clientului (sarcinile pentru acasă).

Evaluarea şi psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată implică o serie de răspunsuri la următoarele întrebări:

Care este problema clientului?

Este terapia cognitiv-comportamentală potrivită pentru respectivul client şi pentru problema acestuia?

Ajută conceptualizarea cazului în termeni cognitiv-comportamentali la stabilirea obiectivelor ?

Nu toţi clienţii care se prezintă la psihoterapie au fost diagnosticaţi cu o tulburare psihică în conformitate cu Manualul Diagnostic şi Statistic al Asociaţiei Psihiatrilor Americani (D.S.M. IV, A.P.A.,

1994), iar unii dintre aceştia nici măcar nu suferă de o astfel de tulburare, cum ar fi de pildă un client care este insuficient de asertiv.

Terapeutul va trebui să evalueze clientul şi să decidă dacă toate problemele sale sau doar o parte dintre acestea se potrivesc abordării cognitiv-comportamentale de scurtă durată.

Studiile au demonstrat că terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată poate fi utilizată cu succes în următoarele situaţii (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 31–32):

- tulburări ale conduitei alimentare (Agras *et al.*, 1993; Fairburn *et al.*, 1991; Garner *et al.*; 1993);
- probleme de cuplu (Baucom *et al.*, 1990);
- tulburarea anxioasă generalizată (Buttler *et al.*, 1991);
- depresia reactivă (Bowens, 1990; Miller *et al.*, 1989; Thase *et al.*; 1991);
- depresia majoră (Dobson, 1989);
- abuzul de substanţe (Woody *et al.*, 1983);
- atacuri de panică (Clark, 1986, 1988).

Unul dintre motivele importante pentru utilizarea demersului cognitiv-comportamental de scurtă durată se bazează pe înregistrarea unor progrese terapeutice evidente într-un interval scurt de timp. Curwen, Palmer şi Rudell (2008) au evidenţiat patru criterii pe baza cărora se poate decide dacă pacientul este potrivit pentru acest tip de terapie:

- Problemele clientului pot fi identificate cu precizie şi pot fi soluţionate într-un interval scurt de timp;
- Subiectul răspunde pozitiv încă de la primul contact cu terapeutul, realizat în cadrul primei şedinţe de psihoterapie;
- Clientul este capabil să înţeleagă în ce constau problemele sale, precum şi specificul demersului terapeutic;
- Nu există contraindicaţii majore pentru terapie.

Safran şi Segal (1990 a) au pus la punct o scală pentru determinarea măsurii în care clientul este potrivit pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată, cu următorii itemi (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008):

- gradul de accesibilitate al gândurilor negative automate;

- conştientizarea şi capacitatea de a diferenţia emoţiile;
- acceptarea responsabilităţii personale pentru schimbare;
- compatibilitatea cu stilul de lucru specific terapiei cognitiv-comportamentale;
- capacitatea subiectului de a relaţiona în timpul şedinţei de psihoterapie (de a forma alianţa terapeutică) şi în afara acesteia;
- caracterul cronic sau acut al afecţiunii;
- capacitatea subiectului de a se focaliza asupra problemelor sale;
- atitudinea optimistă/pesimistă cu privire la rezultatele psihoterapiei;
- măsura în care comportamentul clientului pune în pericol demersul terapeutic (rezistenţe, comportamente de evitare).

Aşa cum am specificat, una dintre sarcinile de importanţă majoră pentru terapeut este conceptualizarea cazului în termeni cognitiv-comportamentali. Acest demers se referă la identificarea gândurilor negative automate, a convingerilor disfuncţionale de bază şi a modului în care acestea influenţează stările emoţionale, comportamentul şi reacţiile fiziologice ale subiectului.

Terapia este focalizată asupra prezentului, dar, cu toate acestea, este cunoscut faptul că modul negativ de gândire s-a format în decursul timpului, interacţiunile subiectului cu persoanele semnificative din copilărie contribuind la structurarea convingerilor disfuncţionale de bază, care se activează sub influenţa stimulilor activatori externi.

Conceptualizarea cazului poate îmbrăca forma următoare (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 39):

Trecut	Prezent
Factori predispozanţi (experienţe timpurii)	Factori care menţin problema (situaţii curente)
Supoziţii şi convingeri de bază	Cogniţii (gânduri negative automate)
Factori precipitatori (incidente critice)	Emoţii, comportamente şi reacţii fiziologice
Activarea supoziţiilor şi convingerilor disfuncţionale primare (de bază)	

Prezentăm mai jos un *model de conceptualizare a cazului* pentru o clientă care s-a prezentat la psihoterapie pentru depresie. Ana, o profesoară în vârstă de 36 de ani, a fost consultată la început de medicul psihiatru care i-a prescris medicație antidepresivă, la care însă aceasta nu a reacționat pozitiv. În etapa actuală, Ana prezintă dispoziție depresivă și dificultăți în menținerea unor relații afective apropiate.

Evoluția clientei	**Aspecte cognitive**
Factori predispozanți (experiențe timpurii): mamă hiperautoritară, tatăl absent mult timp (a lucrat în străinătate)	Convingeri disfuncționale de bază: „Ceva este în neregulă cu mine"; „Nimeni nu mă vrea"; „Nu fac nimic bine"; „Sunt lipsită de valoare".
Factori precipitatori (incidentul critic)	**Gânduri negative automate**
În adolescență a fost părăsită brusc de primul prieten. Actualul prieten îi cere să se mute împreună.	Suprageneralizare și ignorarea pozitivului: „Am stricat totul". Gândire dihotomică de tipul „totul sau nimic": „Sunt pe cale să stric și relația asta; stric orice relație cu cineva".
Situația curentă diagnosticată cu: • dispoziție depresivă; • dificultăți de a menține o relație apropiată. Stări afective: depresie, anxietate, episoade de mânie.	
Comportamente	**Personalizare**
Inactivitate, lipsă de motivație, plâns facil, izbucniri de furie, tendință de retragere.	„Marian vrea să ne mutăm împreună pentru că îi e milă de mine."
Aspecte fiziologice	
Inapetență, insomnie	

Etapa inițială a terapiei

Psihoterapia cognitiv-comportamentală începe cu evaluarea clientului, care se realizează în prima ședință de terapie. Obiectivele clientului sunt negociate împreună cu terapeutul, pe baza conceptualizării

cazului. În acelaşi timp, terapeutul are propriile sale obiective care se modifică pe parcursul desfăşurării psihoterapiei.

Pentru etapa iniţială, terapeutul îşi va propune următoarele obiective (adaptare după Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 45):

- conceptualizarea cazului în termenii terapiei cognitiv-comportamentale;
- dezvoltarea şi menţinerea unei relaţii terapeutice de tip colaborativ;
- informarea clientului cu privire la natura problemei sale, precum şi la modul în care funcţionează terapia cognitiv-comportamentală;
- încurajarea acestuia prin metodele psihoeducaţionale;
- ajutarea clientului să realizeze distincţia dintre diverse stări afective;
- explicarea modelului cognitiv-comportamental;
- ajutarea clientului să identifice gândurile negative automate;
- ajutarea clientului să sesiseze legătura dintre gândurile negative automate, emoţii şi comportamente;
- explicarea faptului că subiectul este responsabil pentru schimbarea sa;
- începerea demersului de verificare a gradului de veridicitate a gândurilor negative automate şi de înlocuire a acestora cu unele mai realiste;
- formarea atitudinii optimiste a clientului cu privire la rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale;
- identificarea îndoielilor şi a concepţiilor eronate cu privire la terapie şi clarificarea şi corectarea acestora;
- evidenţierea obiectivelor clientului şi colaborarea cu acesta pentru stabilirea unor obiective realiste;
- identificarea comportamentelor de evitare.

Deşi conceptualizarea cazului poate suferi unele modificări pe parcursul terapiei, este important ca aceasta să se realizeze cât mai precis încă de la început. Absenţa unei conceptualizări clare a cazului reprezintă o piedică, pentru o durată scurtă a desfăşurării psihoterapiei. Atunci când clientul nu este de acord cu formularea terapeutului, conceptualizarea cazului va fi renegociată cu idei noi.

Aşa cum am arătat, o condiţie a succesului psihoterapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată se referă la capacitatea clientului de a realiza diferenţa dintre gânduri şi stări negative, precum şi dintre diferitele stări emoţionale.

Astfel, în cazul în care clientul se prezintă la terapie pentru depresie, se întâmplă ca gândurile negative automate care se evidenţiază la începutul terapiei să se refere la anxietate („Dacă merg la magazin o să leşin" — îşi spune în gând o agorafobică); terapeutul va putea trage concluzia că depresia reprezintă un simptom secundar care are la bază astfel de gânduri: „Voi rămâne pentru totdeauna cu această problemă", „Nu voi putea merge niciodată singură pe stradă?"

Dacă subiectul confundă termenii referitori la gânduri negative şi stări emoţionale, terapeutul i se poate adresa astfel: „Am observat că, atunci când te-am întrebat ce gânduri ţi-au trecut prin minte în acel moment, mi-ai descris ce stări ai avut. Este important pentru activitatea noastră comună să faci diferenţa dintre gânduri şi sentimente, astfel încât să înţelegi mai bine felul în care acestea sunt legate între ele".

Clientul care are dificultăţi în identificarea stărilor emoţionale va fi ajutat de către terapeut prin întrebări suplimentare: „Te simţi mai curând speriat sau trist?"

Prezentarea modelului cognitiv poate porni de la descrierea unei stări afective pe care clientul afirmă că a simţit-o într-o anumită situaţie. Componentele modelului cognitiv sunt stabilite mai uşor după modelul ABCDE propus de Ellis (1979) în care:

A – evenimentul activator extern (situaţia)
B – gânduri şi convingeri
iB – gânduri şi convingeri iraţionale (negative)
rB – gânduri şi convingeri raţionale (alternative)
C – consecinţe în plan afectiv, fiziologic şi comportamental
D – contraargumentare
F – efecte în plan cognitiv, afectiv, fiziologic şi comportamental

La aceste componente putem adăuga şi distorsionările cognitive sau erorile de logică. Evenimentul activator este o situaţie de viaţă prin care trece clientul şi care poate avea o importanţă mai mare sau

mai mică, dar căreia acesta îi conferă o semnificaţie negativă („Prietena mea a întârziat la întâlnire", „M-am îngrăşat şi nu mă mai încape rochia", „Am avut un nou conflict cu şeful", „Am fost trecut pe lista de disponibilizări" etc.)

În practică este necesar, aşadar, să pornim de la stările emoţionale pentru a identifica evenimentul care le-a generat. Evenimentul activator nu reprezintă totdeauna o situaţie externă, el putând fi chiar o amintire sau o imagine („Eram la bucătărie şi deodată m-am simţit tristă").

Terapeutul îi va explica în continuare clientului maniera în care stările afective sunt produse de gândurile negative automate. Dialogul terapeutic va îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Ai afirmat că, atunci când te simţi deprimat dimineaţa, gândul care îţi trece prin cap este: „Nu fac niciodată nimic cum trebuie". Ai mai spus că ieri ai luat 10 la examenul de anatomie. Cum se potriveşte asta cu afirmaţia că nu faci nimic bine?
Matei: (după o pauză): Ei bine, nu se prea potriveşte.
T: Dacă ţi-ai fi spus în gând că nu faci bine doar unele lucruri, nu pe toate, te-ai mai fi simţit aşa?
M: Aş fi fost puţin trist, dar în niciun caz nu m-aş fi simţit ca azi-dimineaţă.

Terapeutul şi clientul vor lucra în continuare asupra legăturii dintre gânduri şi stările afective şi în şedinţele viitoare. În acelaşi timp va fi abordată şi problematica gândurilor negative disfuncţionale automate.

Până în momentul identificării unor gânduri alternative cu caracter mai realist, se recomandă o abordare mai directivă din partea terapeutului, ca în exemplul următor:

Terapeutul: Dacă în loc să gândeşti că ... (se introduce un gând negativ automat) ai următorul gând ... (se sugerează un gând alternativ raţional) cum crezi că te-ai simţi?
În cazul în care această abordare nu dă rezultate, se poate proceda astfel:
Terapeutul: Cunoşti vreun prieten care a trecut printr-o situaţie asemănătoare, dar s-a simţit altfel?
Clientul: Da, Lucian.
Terapeutul: Ce gânduri crezi că a avut el, care l-au determinat să se simtă altfel?

Clientul va fi ajutat în continuare să descopere şi celelalte consecinţe ale gândurilor negative: comportamentele şi reacţiile fiziologice.

Terapeutul: Camelia, ai afirmat că, atunci când şeful ţipă la tine, te înfurii. Poţi să-mi spui ce modificări se petrec în corpul tău atunci când se întâmplă acest lucru?
Camelia (exemplifică): Mă simt rău, inima îmi bate mai repede...
Terapeutul: Şi atunci observi că acţionezi altfel decât de obicei?

Elementul cel mai important al terapiei constă în a-i demonstra clientului faptul că gândurile şi convingerile alternative realiste sunt posibile. Este preferabil ca pacientul să identifice singur aceste cogniţii alternative, şi nu să le primească de la terapeut.

Mulţi clienţi afirmă că, deşi înţeleg la nivel intelectual modelul cognitiv, le este dificil să-l aplice în practică pentru problemele lor concrete. În astfel de situaţii, terapeutul le va explica faptul că orice schimbare survine în urma exersării celor învăţate. Dacă terapeutul constată că gândurile automate ale clientului nu conţin erori de logică (distorsiuni cognitive), demersul cel mai potrivit va fi cel centrat pe rezolvarea de probleme. Uşurinţa cu care clientul învaţă să identifice gândurile negative automate reprezintă un indicator pentru eficienţa terapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată.

Întrebările adresate de terapeut pentru a-l ajuta pe client să acceseze gândurile negative automate vor îmbrăca forma următoare:

— Ce ţi-a trecut prin minte în acel moment?
— Ce ţi-ai spus în gând atunci când s-a întâmplat aceasta?
— Ţi-a venit în minte vreo imagine?
— Ce a însemnat situaţia respectivă pentru tine?

Sarcinile pentru acasă prezintă o importanţă majoră pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală în general şi pentru terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată în mod special, deoarece în cadrul acestora clientul va pune în practică cele învăţate în cursul şedinţei de terapie.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat cu Ana, o economistă în vârstă de 27 de ani, diagnosticată cu fobie socială.

Ana: Când ies pe hol și mă întâlnesc cu colegi din alte birouri, care se uită la mine și se așteaptă să-i salut, mă simt speriată.
Terapeutul: Ce anume te face să te simți speriată?
A: Atunci când trebuie să vorbesc cu o persoană necunoscută mă simt jenată, mă înroșesc, iar uneori sunt chiar paralizată de teamă.
T: Ce îți trece prin minte atunci când te afli în această situație?
A: Dacă voi înțepeni de teamă, ei vor observa și vor crede că sunt o proastă și că nu merit să îmi vorbească.
T: Pe o scală de la 0 la 100 notează cât de mult crezi că acest gând este adevărat?
A: Cam 85%.
T: Revenind la gândul că oamenii te vor considera proastă, ce anume înseamnă asta pentru tine?
A: Mă face să mă simt inutilă și cred că voi rămâne singură, părăsită de prieteni.
T: Ai spus că te simți speriată în astfel de situații. Mai simți și altceva?
A: Mă simt și deprimată.
T: Poți să evaluezi aceste stări afective pe o scală de la 0 la 100?
A: Da. Mă simt speriată în proporție de 80% și tristă cam de 70%.
T: Să ne întoarcem din nou la gândul care ți-a trecut prin minte. Te-ai simțit recent paralizată de teamă?
A: Da, acum două săptămâni, la o petrecere.
T: Au existat și situații când te-ai aflat în compania altor oameni și nu te-ai simțit paralizată de frică?
A: Acum, când vorbesc cu dumneavoastră... sau cu prietena mea Sonia și cu alți colegi de birou. Cu ei mă simt relaxată.
T: Consideră oare aceștia că ești o proastă?
A: Nu, nu cred... Mi se întâmplă doar cu persoane pe care nu le cunosc. Nu-mi vine în minte nimic interesant să le spun.
T: Ești totdeauna tăcută în compania prietenilor cu care te simți relaxată?
A: Uneori, poate.
T: Și crezi că ei te consideră proastă?
A: Nu, nu cred.
T: În cazul în care persoanele de pe coridor ți se vor adresa, iar tu te vei simți paralizată de frică, crezi că acestea ar mai putea crede și altceva despre tine, în afară de faptul că ești proastă?
A: Da, poate. Ei ar putea crede că sunt timidă sau că mă preocupă altceva.
T: Cum evaluezi aceste alternative?
A: Timidă 75%, preocupată de altceva 60%.

T: Ținând seama de ceea ce ai afirmat, cât de mult mai crezi în gândul că ceilalți te vor crede proastă?
A: Mai puțin, poate 30%.
T: Și cum te simți acum?
A: Mai puțin speriată, cam în proporție de 25%.

Atitudinea optimistă a clientului cu privire la efectele pozitive ale terapiei reprezintă de asemenea un factor de selecție a clienților pentru demersul de scurtă durată. Deşi terapeutul se va strădui să trezească încrederea clientului, va trebui să manifeste în acelaşi timp o atitudine realistă, explicându-i acestuia din urmă faptul că terapia nu reprezintă un demers liniar, ci sinuos, cu suişuri şi coborâşuri. Cu cât obiectivele terapiei sunt mai clar formulate, cu atât demersul terapeutic va fi mai focalizat şi va avea o durată mai scurtă.

Aşa cum am mai subliniat, clienții se prezintă adesea la terapie cu obiective vagi, care trebuie clarificate împreună cu terapeutul sau cu obiective pe termen lung, care trebuie fragmentate astfel încât să fie posibil de atins. Pentru a realiza acest lucru, se pot trasa clientului sarcini care să-l ajute să se confrunte cu situațiile pe care înainte le evita.

Experimentele în sfera comportamentală îl ajută pe client să verifice în practică nivelul veridicității gândurilor negative automate şi al convingerilor disfuncționale de bază. Aceste sarcini trebuie să fie gradate sub aspectul dificultății, astfel încât ele să-l provoace pe client, dar să nu-i depăşească posibilitățile (Palmer şi Dryden, 1995).

Prezentăm un model de astfel de sarcini în sfera comportamentală.

Clientul: Mihai, 19 ani, student. Fobie socială.
Obiectiv principal: să invite o fată la o întâlnire.
Obiectiv intermediar: să realizeze contacte sociale fără să trăiască o stare de anxietate.
Sarcini: să intre în diverse situații de tip psihosocial — să meargă într-o cafenea, la sala de forță, să telefoneze unor prieteni.
Experiment: să oprească trecători pe care să-i întrebe unde se află o anumită stradă şi să le zâmbească amabil (va testa astfel convingerea negativă că aceştia nu îi vor răspunde prietenos).

Un aspect important al terapiei îl reprezintă depistarea comportamentelor de evitare, care blochează progresul demersului. Aceste comportamente pot îmbrăca forme foarte diferite, de la evitarea

contactului vizual cu terapeutul până la consumul abuziv de alcool, sau se pot prezenta ca imagini, gânduri sau amintiri. Strategiile de evitare pot fi active sau pasive (Kirk, 1989).

Strategiile active se referă la acele comportamente pe care le-a pus în acțiune clientul în încercarea sa de a rezolva problema, ca de pildă ritualurile specifice tulburării obsesiv-compulsive. Cele pasive se referă la comportamentele pe care clientul le-a stopat, pentru a se elibera de problema sa (un agorafobic nu mai frecventează locurile aglomerate). Întrebările adresate de terapeut pentru a identifica aceste comportamente de evitare sunt de tipul următor:

• Pentru strategiile de evitare cu caracter activ:
— În cazul în care problema ta ar dispărea, ce anume ai înceta să faci?
— Ai început să faci ceva nou sau ceva diferit din cauza problemei tale?
• Pentru strategiile de evitare pasive:
— Ai încetat să faci anumite lucruri sau să te duci în anumite locuri din cauza problemei pe care o ai?

Structura unei prime şedinţe de psihoterapie cognitiv-comportamentală de scurtă durată poate cuprinde următorii paşi (după Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 61):

- stabilirea agendei de lucru;
- evaluarea dispoziției clientului;
- trecerea în revistă a problemelor rezultate în urma interviului clinic, identificarea problemelor curente și acordul cu privire la obiectivele terapiei;
- descrierea modelului terapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată;
- evaluarea expectațiilor clientului cu privire la terapie;
- informarea clientului cu privire la natura tulburării sale;
- realizarea acordului cu privire la sarcinile pentru acasă;
- rezumatul ședinței de terapie;
- obținerea unor feedbackuri de la client.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul primei şedinţe de psihoterapie cognitiv-comportamentală de scurtă durată între terapeut şi Sorin, un economist de 34 de ani.

Terapeutul: Aş dori să începem şedinţa prezentându-ţi agenda a ceea ce vom lucra astăzi. Vom face acest lucru la fiecare întâlnire, pentru a fi siguri că nu vom omite niciun element important. Îţi voi prezenta câteva elemente şi te voi ruga să adaugi ceea ce crezi tu de cuviinţă. E bine aşa?
Sorin: Da.
T: Va trebui de asemenea să ne cunoaştem ceva mai bine unul pe celălalt pentru a colabora la rezolvarea problemelor care te frământă. Pentru început aş dori să aflu cum te simţi şi ce anume te-a adus la cabinetul de psihoterapie. Este important să ştiu care sunt problemele şi dificultăţile tale şi ce anume ai dori să obţii în urma psihoterapiei. Eşti de acord?
S: Da, desigur.
T: Voi nota pe această foaie de hârtie ordinea de zi (agenda) şedinţei de terapie. Aş dori apoi să-ţi explic modul în care funcţionează psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată. Vom discuta apoi ce vei avea de făcut până la viitoarea şedinţă de psihoterapie. Ai dori să mai adaugi ceva faţă de cele discutate?
S: Mă bucur că m-am hotărât să întreprind ceva pentru a-mi rezolva problemele. Trebuie să mărturisesc faptul că mă simt foarte rău în ultimul timp, mai ales la serviciu. Mă simt trist, deprimat, obosit, apatic.
T: Poate ar trebui să notăm în agenda noastră şi un punct care să se refere la modul în care depresia îi influenţează pe oameni şi altfel decât afectându-le dispoziţia.
S: Da, cred că aveţi dreptate.

Stabilirea agendei de lucru este deosebit de importantă pentru terapia de scurtă durată, pentru că, în absenţa acesteia, demersul terapeutic nu va putea fi suficient focalizat şi structurat.

Evaluarea stărilor emoţionale ale clientului se realizează cu ajutorul unor scale de depresie şi anxietate, dintre care cele mai cunoscute sunt cele realizate de Beck şi Hamilton:

- Inventarul de depresie Beck (B.D.I.: Beck, 1978)
- Scala de depresie Hamilton (HRSD: Hamilton, 1960)
- Inventarul de anxietate Beck (BAI: Beck şi Steer, 1990)
- Scala de anxietate Hamilton (HAS: Hamilton, 1959)
- Scala lipsei de speranţă (Beck *et al.*, 1974b).

La acestea se adaugă interviul clinic, observarea atentă de către terapeut a comportamentelor clientului, precum şi monitorizarea dispoziţiei pe o scală gradată de la 0 la 100.

În prima şedinţă de psihoterapie, terapeutul va trebui să culeagă informaţii referitoare la lipsa de speranţă, precum şi la ideile şi posibilitatea existenţei unor comportamente de tip suicidar, pentru a afla în ce măsură acestea reprezintă o ameninţare serioasă pentru integritatea clientului.

În continuare, terapeutul îi va prezenta clientului modelul cognitiv, pornind de la o experienţă recentă a acestuia din urmă.

Terapeutul: Sorin, aş dori să observi modul în care gândurile tale influenţează modul în care te simţi. Poţi să-ţi aminteşti un moment în care starea ta psihică a devenit mai rea?
Sorin: Da, eram la serviciu şi unul dintre subalternii mei a venit târziu de la bufet (eveniment activator).
T: Şi ce anume ai simţit?
S: M-am simţit deprimat, descurajat (consecinţe emoţionale).
T: Îţi aduci aminte ce ţi-a trecut prin minte?
S: Ei bine, m-am gândit că ar fi trebuit să-i fac observaţie pentru că a întârziat, dar nu am fost în stare (gând negativ).
T: Pentru început este bine. Identificarea şi evaluarea gândurilor tale vor constitui o parte importantă a lucrului nostru împreună. Aceasta reprezintă o deprindere pe care trebuie să o exersezi. Să ne întoarcem la gândurile tale. Dacă am înţeles eu bine, au existat două gânduri: „Ar fi trebuit să-i fac observaţie" şi „Nu am fost în stare să o fac".
S: Da. Corect.
T: Şi aceste gânduri au făcut să te cuprindă un val de depresie.

Terapeutul va prezenta exemplul respectiv în termenii modelului ABC şi apoi îi va solicita clientului să se refere şi la alte exemple.

T: Analizând exemplele respective, la ce concluzie ai ajuns referitor la legătura dintre gânduri şi stările emoţionale?
S: Se pare că modul în care gândesc mă determină să mă simt într-un anumit fel.

Este important ca subiectul să ajungă singur la această concluzie, fără ca terapeutul să-i spună în mod explicit că lucrurile stau aşa.

În etapele timpurii, terapeutul va acorda o atenţie deosebită la tot ceea ce spune pacientul şi realizează acest lucru în vederea întăririi alianţei terapeutice bazate pe înţelegere empatică.

În rezumarea primei şedinţe, terapeutul va utiliza pe cât posibil cuvintele clientului, evitând însă să-i activeze gândurile negative disfuncţionale. Feedbackul care i se cere clientului la finalul şedinţei oferă posibilitatea clarificării oricărei neînţelegeri care ar afecta bunul mers al terapiei.

Terapeutul: Sorin, am discutat astăzi tot ce ne-am propus şi acum aş dori să fac un rezumat al principalelor aspecte dezbătute.
Sorin: Bine.
T: La început am stabilit agenda şedinţei de psihoterapie. Apoi am trecut la evaluarea dispoziţiei tale afective şi am analizat problemele tale curente. Am stabilit împreună obiective realiste pentru terapie, obiective asupra cărora vom lucra în întâlnirile noastre viitoare. Am discutat de asemenea despre modelul cognitiv şi despre modul în care acesta te poate ajuta să te eliberezi de dificultăţile şi problemele tale. Ai constatat că felul în care gândeşti influenţează modul în care te simţi, precum şi maniera în care depresia îţi afectează existenţa. Am stabilit şi ce anume va trebui să faci acasă până la întâlnirea noastră viitoare. Ţi se par aceste sarcini posibil de îndeplinit?
S: Cred că da.

Etapa intermediară a psihoterapiei

Focalizarea demersului terapeutic se modifică pe parcursul desfăşurării acestuia. Conceptualizarea cazului rămâne elementul central, dar şi acesta poate suferi modificări pe măsură ce apar noi informaţii relevante sub aspect psihologic. Obiectivele terapeutice specifice etapei intermediare sunt următoarele (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 68):

- Relaţia de colaborare între client şi terapeut se va afla într-un continuum;
- Continuarea demersului de acordare a unor feedbackuri pozitive clientului;
- Procesul construirii modelului cognitiv al problemei;
- Comutarea focalizării terapiei de la gândurile negative automate la convingerile disfuncţionale de bază;
- Ajutarea clientului să se autoaccepte (dacă este cazul);

- Sprijinirea clientului să lucreze asupra problemelor sale în afara şedinţelor de terapie;
- Comutarea responsabilităţilor de la terapeut la client;
- Încurajarea clientului să devină propriul său terapeut;
- Încurajarea clientului să-şi îndeplinească sarcinile pentru acasă între şedinţele de terapie;
- Pregătirea clientului pentru posibilele recăderi, pentru terminarea terapiei şi pentru reducerea frecvenţei recăderilor.

Aşa cum am arătat anterior, terapia cognitiv-comportamentală are drept obiectiv principal să producă modificări la nivelul vieţii psihice şi comportamentului clientului, astfel încât acesta să poată face faţă solicitărilor existenţei în mod eficient.

Pentru unii clienţi, este suficient să se lucreze doar asupra gândurilor negative automate pentru a-i elibera de stres şi astfel a le asigura o funcţionare eficientă în plan social şi profesional. În majoritatea situaţiilor însă, clienţii vor continua să rumineze tot felul de gânduri negative care au la bază convingeri disfuncţionale. Această categorie de clienţi va necesita o abordare de mai mare profunzime.

Demersul terapeutic va începe în ambele cazuri cu abordarea gândurilor automate negative, care sunt mai uşor de accesat. În cazul unei persoane stresate, frecvenţa şi intensitatea gândurilor negative automate sunt mai mari. Ele au un caracter suprageneralizat, inflexibil, imperativ şi sunt rezistente la schimbare (Beck *et al.*, 1990b).

Totodată, subliniem faptul că schemele cognitive pot avea de asemenea conţinut pozitiv („Sunt o persoană valoroasă", „Poţi avea încredere în ceilalţi" etc.), nu numai unul negativ („Nu merit să fiu iubit"; „Nu poţi avea încredere în nimeni"; „Lumea reprezintă un loc periculos").

Aşa cum arătam anterior, convingerile cu caracter intermediar pot îmbrăca forma unor atitudini, reguli de viaţă şi supoziţii. Atitudinile, la rândul lor, au un caracter evaluativ: „Este îngrozitor să nu fii iubit de toată lumea". Regulile sunt imperative: „Trebuie, cu orice preţ, să fac totul perfect", în timp ce supoziţiile au o formă condiţionată: „Dacă nu mă apreciază toată lumea, înseamnă că sunt o persoană lipsită de valoare".

Identificarea convingerilor de bază și a celor cu caracter intermediar

Există situații în care clientul își prezintă direct convingerile de bază sau pe cele intermediare ca și cum ar fi gânduri automate și este sarcina terapeutului să le identifice ca atare. Cu toate acestea, este posibil ca respectivul client să nu fie încă suficient de pregătit pentru a le procesa, situație în care terapeutul va amâna lucrul cu acestea până când vor fi discutate gândurile negative automate situaționale.

În acest sens, o modalitate de lucru folosită în terapia cognitiv-comportamentală este tehnica săgeții verticale (Burns, 1980; 1989). Terapeutul îl va ajuta pe client să identifice un gând negativ și apoi îi adresează acestuia întrebarea: „Să presupunem că acest lucru ar fi adevărat, ce ar însemna aceasta pentru tine?"

Acest tip de întrebări va continua până când se ajunge la convingerile de bază sau cu caracter intermediar. Întrebări asemănătoare sunt și următoarele:

- Ce se va întâmpla atunci?
- Dacă va fi așa, de ce va fi acest lucru atât de rău?
- Dacă acel lucru se va întâmpla, ce ne va putea spune despre tine? (Fennell, 1989).

Un indicator al faptului că a fost identificată o convingere disfuncțională de bază îl reprezintă modificarea bruscă a dispoziției clentului.

Prezentăm mai jos un exemplu de aplicare a tehnicii „săgeții verticale" în cazul clientului Petre.

A. Situația: o ceartă cu Marina.
B. Gânduri automate: „Ce sens mai are să continui această relație?"
C. Consecințe; emoții: deprimat, nervos.
Terapeutul: Să presupunem că ar fi adevărat gândul că nu mai are rost să continui această relație, ce ar însemna aceasta pentru tine?
Petre: Că voi distruge și o altă relație.
T: Să presupunem că s-ar întâmpla așa, ce ar însemna asta pentru tine?
P: Că nu fac nimic cum trebuie.
T: Și dacă nu faci nimic cum trebuie, ce ar însemna asta pentru tine?

P: Că ceva este în neregulă cu mine.
T: Şi dacă ar fi aşa, ce ar însemna?
P: Că nu sunt bun de nimic.
T: Ce înseamnă pentru tine că nu eşti bun de nimic?
P: Că nimeni nu mă va iubi vreodată... că nu merit să fiu iubit.

Identificarea unei teme comune care rezultă în urma analizei gândurilor negative automate

Beck *et al.* (1979) descriu etapele procesului de identificare a convingerilor disfuncţionale de bază:

- Clientul identifică şi relatează anumite gânduri negative automate;
- Se extrag teme generale în urma analizei acestora;
- Se formulează reguli sau convingeri nutrite de client.

Un exemplu ar fi următorul:

Terapeutul: Petre, este important ca, pentru ceea ce lucrăm împreună, să găsim nişte elemente comune care leagă între ele problemele tale. Am ascultat cu atenţie ce mi-ai spus şi am identificat o temă comună: eu trebuie să fiu iubit şi apreciat de toată lumea. Crezi că se potriveşte în cazul tău?

Interogarea clientului cu privire la tema care face legătura dintre diverse evenimente

Terapeutul: Am lucrat până acum foarte bine împreună aici, în cabinet, şi am analizat modul în care ai realizat temele pentru acasă. Astfel ai reuşit să identifici gândurile negative automate şi să verifici în ce măsură acestea sunt adevărate într-o serie de situaţii. Poţi identifica vreo temă comună care le uneşte?
Petre: Da, cred că este vorba despre faptul că doresc cu orice preţ şi totdeauna să fiu iubit şi apreciat.

Interogarea directă a clientului în legătură cu convingerile sale disfuncționale de bază

Terapeutul va utiliza această abordare cu caracter direct doar atunci când va fi convins că pacientul său este pregătit pentru aceasta pe baza modului în care a lucrat până în momentul respectiv asupra problemelor sale.

Terapeutul: Care este convingerea ta referitoare la faptul că vei strica o nouă relație?
Petre: Am distrus deja câteva relații. Probabil sunt o persoană care nu merită să fie iubită.

Tehnica frazelor întrerupte

Această tehnică a fost pusă la punct de Padesky (1994) şi presupune solicitarea clientului să completeze o serie de fraze întrerupte. Frazele sunt de tipul următor: „Eu sunt..."; „Ceilalţi oameni sunt..."; „Lumea este..."

Clientul Petre a completat propozițiile astfel:

„Eu sunt o persoană care nu merită să fie iubită"; „Ceilalţi oameni sunt foarte critici"; „Lumea este o junglă".

Pentru identificarea unor convingeri disfuncționale intermediare de tip condițional, i se poate prezenta clientului prima parte a propoziției, cerându-i-se să o completeze pe cea de-a doua, după modelul: „Dacă... atunci" („Dacă voi face pe placul tuturor, atunci ei mă vor iubi").

Completarea unor chestionare de atitudini și convingeri

Cele mai cunoscute astfel de chestionare sunt: Scala de atitudini disfuncționale (DAS; Weissman şi Beck, 1978; Weissman, 1979; 1980), Lista schemelor cognitive (Beck *et al.*; 1990) şi Chestionarul de scheme cognitive (Young, 1992).

După ce terapeutul l-a ajutat pe client să identifice una sau mai multe convingeri disfuncționale de bază, acestuia i se vor oferi explicații suplimentare în legătură cu modul lor de funcționare.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat cu clientul de mai sus, Petre.

Terapeutul: Petre, am ajuns în acel punct al terapiei în care am identificat unele din convingerile tale disfuncționale de bază. Afirmația ta: „Sunt o persoană care nu merită să fie iubită" reprezintă o astfel de convingere disfuncțională de bază. Ai idee de unde provine această convingere?
Petre: Se pare că din copilărie. Nu m-am simțit iubit atunci când eram copil.
T: Dacă părinții tăi ți-ar fi arătat dragostea lor, acum te-ai fi simțit altfel?
P: Cred că da.
T: Asta pare să indice faptul că această convingere: „Nu merit să fiu iubit" este una învățată. Pare logic, nu-i așa?
P: Da, așa pare.
T: Cu alte cuvinte, ți-ai însușit convingerea că nu meriți să fii iubit. Cu secole în urmă, oamenii credeau că pământul este plat, iar acum nutresc convingerea că este rotund, bazându-se pe datele realității. În acest mod și tu poți să achiziționezi niște convingeri mai realiste. Vom lucra împreună pentru a realiza acest lucru.
P: De acord, dar totul mi se pare foarte greu.
T: Atunci când te simți mai puțin deprimat, probabil că această convingere că nu meriți să fii iubit nu te afectează atât de mult, crezi mai puțin în ea. În schimb, atunci când te confrunți cu o situație de respingere, convingerea ta se activează și devii deprimat.
P: Da, așa se întâmplă.
T: Mai mult, odată ce ai devenit deprimat, orice dovadă ce contrazice convingerea respectivă va fi trecută cu vederea, în timp ce dovezile care vin în sprijinul ei vor fi amplificate. Tu nu faci decât să filtrezi datele realității, permițându-le dovezilor în favoarea convingerii tale negative să-ți invadeze mintea, în timp ce le blochezi pe celelalte. Se potrivește ceea ce spun cu modul în care procedezi?
P: Da, foarte mult.

Modificarea convingerilor disfuncționale de bază

Spre deosebire de gândurile negative automate care au un caracter situațional şi sunt mai uşor de modificat, convingerile disfuncționale de bază sunt relativ rezistente la schimbare. Procesarea terapeutică începe cu identificarea şi modificarea gândurilor

automate, acestea fiind înlocuite cu unele mai realiste. Se trece apoi la identificarea convingerilor care se află la baza acestora. Este important ca, odată identificate, ele să fie definite utilizându-se limbajul clientului, pentru că, în felul acesta, impactul psihologic va fi mai mare. Padesky (1994) recomandă utilizarea unor întrebări de tipul următor: „Cum ai formula acest lucru cu propriile tale cuvinte?"; „Poți să-mi dai un exemplu din viața ta personală referitor la modul în care se manifestă această convingere?" etc.

Convingerile disfuncționale se referă la mai multe domenii ale existenței, cum ar fi: nevoia de dragoste, aprobare, atașament, perfecționism, omnipotența sau autonomia, așa cum rezultă în urma analizei itemilor Scalei de atitudini disfuncționale (DAS; Weissman, 1980). Această scală indică domeniul în care convingerile disfuncționale sunt mai puternice în cazul unui anumit client.

Convingerile disfuncționale au un conținut negativ, irațional, dezadaptativ, nerealist și autoblocant, în timp ce convingerile alternative sunt realiste, cu un conținut pozitiv, raționale, adaptative și au rolul de a-l ajuta pe client să-și rezolve problemele și să-și atingă obiectivele de viață.

Majoritatea oamenilor nutresc atât convingeri realiste, adaptative, cât și convingeri cu caracter disfuncțional, acestea din urmă activându-se sub influența unor factori precipitatori. Odată ce o convingere disfuncțională a fost identificată, se va trece la procesul terapeutic de înlocuire a acesteia, după ce clientul și-a însușit deprinderea de combatere a gândurilor negative automate.

Convingerea alternativă care o va înlocui pe cea disfuncțională trebuie să fie rezultatul activității comune desfășurate de către terapeut și client, conținutul acesteia depinzând de o serie de factori cum ar fi structura personalității clientului, experiența de viață a acestuia și stilul său personal de adaptare și relaționare.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Petre, am identificat împreună convingerea „Nu merit să fiu iubit", convingere în adevărul căreia tu crezi foarte tare.
Petre: Da.
T: Ai putea descoperi o convingere alternativă care să-ți fie de mai mare ajutor?
P: Sunt o persoană care merită să fie iubită.
T: Nu prea ești convins de adevărul ei, nu-i așa?

P: Nu sunt sigur că pot crede în ea.
T: Există vreo altă convingere alternativă în care ai putea să crezi?
P: Cred că sunt o persoană care merită să fie iubită de unii oameni, uneori. Aş putea crede într-o astfel de convingere.
T: Această convingere pare mai realistă, nu-i aşa?
P: Da. Ea îmi aminteşte de afirmaţia conform căreia poţi face uneori pe placul unor oameni, dar nu îi poţi mulţumi pe toţi, totdeauna.

Odată identificată noua convingere, aceasta va fi notată în jurnalul de psihoterapie al clientului. Vechea convingere cu caracter dezadaptativ va fi combătută prin intermediul următoarelor tehnici:

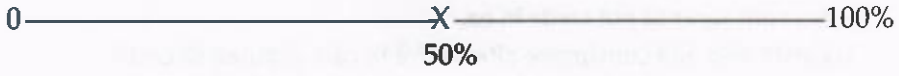
a) Dialogul socratic

Terapeutul îl va ghida pe client să găsească argumente împotriva convingerii negative. O metodă relativ simplă de a realiza acest lucru constă în transformarea unor convingeri cu caracter absolutist şi categoric în convingeri cu caracter condiţional, ca în exemplul de mai jos:

Petre: Da, cred cu tărie în convingerea că trebuie neapărat să fiu o persoană care merită să fie iubită [regulă de viaţă] şi în faptul că este îngrozitor să nu fii o persoană iubită.
Terapeutul: Ce înseamnă pentru tine să fii o persoană care nu merită să fie iubită?
P: Ei bine, înseamnă că sunt lipsit de valoare.
T: Aşadar, tu nutreşti convingerea: dacă nu merit să fiu iubit, înseamnă că sunt lipsit de valoare [supoziţie cu caracter condiţional]. Cât de mult mai crezi acum că această convingere este adevărată?

b) Evaluarea convingerilor pe o scală gradată

Aşa cum am mai subliniat, convingerile sau schemele cognitive de bază au un caracter suprageneralizat, inflexibil, imperativ şi sunt rezistente la schimbare (Beck *et al.*; 1990b). Obişnuirea clientului să evalueze pe o scală gradată nivelul la care crede în gândurile negative sau în convingerile disfuncţionale conduce la relativizarea acestora, pentru că ele nu vor mai fi privite în termeni absolutişti („totul sau nimic"). Astfel, clientul Petre va conştientiza faptul că nu se situează doar la capetele scalei, ci undeva pe la mijlocul acesteia.



X = Persoană care merită să fie iubită în proporţie de 50%

Acest tip de evaluare poate fi utilizat şi în cazul altor convingeri cu caracter dihotomic:
Total nesociabil 0_____100% Totdeauna sociabil

c) Jocul de rol

O serie de terapeuţi din afara sistemului de psihoterapie cognitiv-comportamentală au constatat că, dacă subiectul poate acţiona într-un mod care vine în contradicţie cu schemele sale cognitive disfuncţionale, acestea vor suferi schimbări ce, la rândul lor, vor produce modificări la nivelul comportamentului manifest.

O astfel de abordare este specifică psihoterapiei prin intermediul jocului de rol (Bonarius, 1970; Epting, 1984; Karst şi Trexler, 1970; Kelly, 1955, Skene, 1973). Acest demers se apropie de principiile terapiei cognitiv-comportamentale care postulează faptul că gândurile, emoţiile şi comportamentele sunt interconectate, o modificare a unui element generând modificări şi la nivelul celorlalte elemente.

Odată ce o nouă convingere cu caracter adaptativ este identificată, clientul va fi ghidat de către terapeut să găsească noi modalităţi de a acţiona, ca şi cum convingerea respectivă ar fi adevărată. Ulterior, clientul va primi drept sarcină pentru acasă să joace noul rol în şedinţă şi în intervalul dintre şedinţele de terapie, la început în situaţii cu o încărcătură emoţională mai redusă.

Beck (1995) denumeşte această strategie *„a acţiona ca şi cum"*. Iată prezentat un fragment ce ilustrează cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Petre, ai afirmat că, dacă nu eşti o persoană care merită să fie iubită, eşti lipsit de valoare. Cât de mult mai crezi asta acum?
Petre: Cred că ceva mai puţin, dar aş putea spune că mai cred în proporţie de 60%.
T: Cum ar fi dacă ai crede şi mai puţin că aşa stau lucrurile?
P: Ar fi minunat, dar nu cred că pot.
T: Bine, dacă în loc să crezi că nu meriţi să fii iubit, ai crede că unii oameni consideră uneori că meriţi să fii iubit, poţi să-ţi imaginezi ce ai face în mod diferit astăzi, mâine sau săptămâna viitoare?

P: Aș putea să-mi ajut soția la treburile casnice.
T: Și altceva?
P: Am merge împreună la socri și ea ar fi foarte încântată.
T: Dacă ai proceda în acest mod, s-ar schimba ceva?
P: Relația noastră ar funcționa mai bine și eu m-aș simți iubit.
T: Cu alte cuvinte, vrei să spui că, dacă nutrești convingerea: „Unii oameni consideră uneori că merit să fiu iubit", ceilalți se vor purta mai frumos cu tine și te vei simți iubit și apreciat?
P: Cred că da.
T: Dacă poți să te imaginezi pe tine comportându-te astfel, ce ar fi să o faci săptămâna viitoare?

Terapeutul îi va explica clientului motivul pentru care a procedat astfel și îi va trasa sarcini concrete care să exprime noua convingere.

Tehnica jocului de rol poate fi aplicată și în timpul ședințelor de psihoterapie în varianta propusă de terapeuții gestaltiști Fagan și Shepherd, 1970; Feder și Ronall, 1983; Perls, 1969, 1973; Polster și Polster, 1973.

Această tehnică se aplică, de regulă, după ce clientul și-a însușit dialogul socratic (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008) și constă în aceea că subiectul va trebui să aducă argumente împotriva convingerilor sale iraționale. La început, terapeutul îl ajută pe client să identifice și să completeze o listă de gânduri care vin în sprijinul convingerilor disfuncționale și o alta care conține argumente contra acesteia.

Jocul de rol începe cu clientul care exprimă argumente în sprijinul convingerii disfuncționale, iar terapeutul va aduce argumente împotriva convingerii respective. Ulterior, cei doi vor inversa rolurile, terapeutul devenind un fel de „avocat al diavolului" (Dryden, 1995, p. 158).

În cadrul tehnicii „scaunului gol", clientul va juca în mod alternativ cele două roluri.

d) Experimentele în sfera comportamentală

Acestea au drept obiectiv declanșarea unor răspunsuri comportamentale care să contrazică sau măcar să nu vină în sprijinul unui gând sau unei convingeri negative. Terapeutul va avea grijă ca experimentele să fie încununate de succes, iar în cazul în care totuși acestea vor eșua, clientul va avea oricum ceva pozitiv de învățat.

Este foarte important să se insiste asupra faptului că este vorba doar despre nişte simple experimente.

Astfel, Petre avea convingerea intermediară că nu este o persoană de încredere, convingere care venea în sprijinul schemei cognitive că „este o persoană care nu merită dragostea celor din jur". Terapeutul i-a propus să verifice până la şedinţa viitoare de terapie convingerea că „nu este o persoană de încredere" asumându-şi răspunderea pentru trei acţiuni diferite: îi va telefona soţiei atunci când este pus în situaţia de a întârzia acasă, va discuta cu dirigintele fiului său, căruia i s-a scăzut nota la purtare, şi va contacta o firmă pentru modernizarea conexiunii la internet.

e) Realizarea unor comparaţii între client şi alte persoane

Această tehnică are ca obiectiv distanţarea şi decentrarea clientului de la propriile sale probleme (Beck, 1967, 1975, 1976; Beck *et al.*, 1979), acesta renunţând să se mai considere un fel de centru al universului. Tehnica este utilizată împreună cu cea a dialogului socratic şi constă în a-l solicita pe client să identifice anumite persoane pe care le valorizează şi care ***nu*** au aceleaşi convingeri cu caracter dezadaptativ, precum şi pe unele pe care nu le apreciază şi care au convingeri asemănătoare cu ale sale.

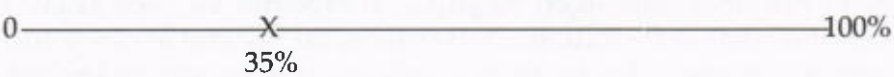
f) Jurnalul modificării convingerilor (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 88)

Reprezintă un instrument de automonitorizare a experienţelor clientului în afara şedinţelor de psihoterapie şi îl ajută pe acesta să-şi modifice stilul de gândire.

Convingere disfuncţională: „Sunt o persoană care nu merită afecţiunea celor din jur".

Clientul crede în adevărul acestei convingeri în proporţie de 70%.

Convingere realistă alternativă: „Merit afecţiunea unor oameni în anumite situaţii".



Argumente în favoarea noii convingeri 0–100%	Argumente în favoarea vechii convingeri 0–100%	Contraargumente la vechea convingere 0–100%
Prietena mea doreşte să oficializăm legătura noastră; ea ţine la mine. 60%	Tatăl meu a părăsit familia noastră când aveam 4 ani. 80%	Au existat mai multe motive pentru care tata a plecat de acasă şi nu toate au legătură cu mine. 75%
Am trei prieteni foarte apropiaţi care au încredere în mine. 70%	Mama nu a fost prea afectuoasă cu mine. 70%	Mama este o persoană rece, care nu-şi exprimă sentimentele. Aceasta nu înseamnă că nu mă iubeşte. 80%
Vecinul de vizavi mă vizitează frecvent. 55%	Mă cert frecvent cu prietena mea. 50%	Deşi multe din relaţiile mele au eşuat, cred că prietenele mele au ţinut într-un fel la mine. Sunt unele lucruri pe care ar trebui să le schimb în comportamentul meu, dar aceasta nu înseamnă că sunt o persoană care nu merită afecţiunea nimănui. 75%. Certurile pe care le am cu prietena mea sunt la fel cu cele pe care le au toţi îndrăgostiţii. Poate unele lucruri nu ar fi trebuit să le spun, dar aceasta nu înseamnă că sunt o persoană nedemnă de dragoste. 75%.

g) Dezvoltarea atitudinii de autoacceptare

Deficitul în ceea ce priveşte autoacceptarea reprezintă o atitudine disfuncţională cu caracter autodistructiv, care este indicat să fie abordată în mod direct în cursul terapiei.

Clientului trebuie să i se explice faptul că nu este logic, realist şi nici util să se aplice etichete cu caracter general propriei persoane sau celorlalţi („Sunt un ratat"; „Sunt un incapabil"; „El este un

ticălos" etc.). Trăsăturile, calităţile, defectele pot fi evaluate, dar nu şi fiinţa umană ca atare.

O strategie utilă pentru a realiza acest lucru este tehnica Eului mare şi a eului mic („Big I, little i", Ellis *et al.*, 1998). Terapeutul va desena pe tablă sau pe o foaie de hârtie litera E în aşa fel încât să fie umplută cu litere mici (e).

Dialogul terapeutic decurge astfel:

Terapeutul: Mihai, litera „E" te reprezintă pe tine în totalitate. Curând o vom umple cu litere mici „e" care se referă la anumite aspecte care te reprezintă (cum te îmbraci, cum te exprimi, ce anume îţi place să faci etc.).
Mihai: Am înţeles.
T: Acum vom începe să umplem litera E cu diverse lucruri care te reprezintă. Care ar fi punctele tale forte pe care le găsesc prietenii tăi la tine?
M: Sunt inteligent, generos... am simţul umorului.

În continuare, terapeutul îl va ajuta pe client să identifice şi aspecte negative sau neutre, până când litera E este umplută.

T: Mihai, tu afirmi că eşti un ratat după ce ai avut o discuţie în contradictoriu cu şeful tău şi ai considerat că ar fi trebuit să gestionezi altfel situaţia (terapeutul mai desenează câteva litere „e" mici).
M: Da, a fost o ceartă în toată regula, una dintre multe altele pe care le am la serviciu sau acasă, cu părinţii.
T: Da, înţeleg (terapeutul mai desenează un „e"), dar nu mi-e clar cum o simplă ceartă te poate face să devii un ratat sau o persoană total lipsită de valoare.
M: Nu am intenţionat să spun asta...
T: Mihai, se pare că ai unele dificultăţi atunci când trebuie să comunici cu persoanele investite cu autoritate şi te comporţi uneori astfel încât lucrurile să se complice şi mai mult (mai desenează un „e"), dar putem observa, analizând ce am notat pe tablă, că acest lucru nu te face să fii un ratat. Avem nevoie de toate datele despre tine pentru a trage o asemenea concluzie.
M: Da, se pare că mai am o şansă.
T: Ai dreptate. Ce ar fi dacă am nota în caiet de câte ori te-ai crezut un ratat de-a lungul întregii tale existenţe de până acum?
M: Când am picat prima dată la examenul de admitere la facultate, când m-am despărţit de Mariana, când am fost concediat de la primul loc de muncă şi... cam atât.

T: Ce concluzie ai putea trage în urma celor discutate?
M: Pot considera că unele lucruri nu le-am făcut bine, dar sunt o personalitate prea complexă pentru a mă considera un ratat.
T: Da, poți să-ți evaluezi comportamentele, trăsăturile, abilitățile, defectele, dar nu și persoana ta în ansamblu.

h) Formarea unor abilități de rezolvare a problemelor de viață

Un număr însemnat de clienți au probleme emoționale din cauza unui deficit în ceea ce privește abilitatea rezolvării problemelor cu care se confruntă. Aceștia vor beneficia de un antrenament special de formare și dezvoltare a acestor abilități.

Prezentăm mai jos etapele procesului de rezolvare de probleme după Wasik (1984) (redat de Curwen, Palmer și Ruddell, 2008, p. 94).

Etape	Întrebări/Acțiuni
1. Identificarea problemei	Ce anume mă frământă?
2. Stabilirea obiectivelor	Ce doresc să obțin?
3. Generarea unor soluții	Cum aș putea să acționez?
4. Evaluarea consecințelor	Ce s-ar putea întâmpla?
5. Adoptarea deciziei	Ce am hotărât?
6. Implementarea	Să trecem la treabă!
7. Evaluarea	Am obținut rezultatul dorit?

Terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată pune un accent deosebit asupra sarcinilor pentru acasă în cadrul cărora clientul trebuie să se confrunte de unul singur cu situațiile dificile. Aceste teme pentru acasă fac parte integrantă din terapie și nu au un caracter opțional. Înainte de a ajunge la un acord cu clientul în privința temelor pentru acasă, terapeutul va aprecia dacă există potențiale obstacole, cum ar fi de pildă gândurile negative automate care ar putea împiedica îndeplinirea sarcinilor trasate. Aceste dificultăți vor fi analizate împreună cu clientul în timpul ședinței de psihoterapie. Terapeutul va avea în vedere și faptul că temele pentru acasă ar putea fi prea dificile sau insuficient de clar formulate. Modul de îndeplinire a temelor pentru acasă va fi analizat la începutul fiecărei ședințe de terapie. În etapa intermediară a demersului terapeutic se va insista și asupra reducerii frecvenței și intensității recăderilor.

Clientul va fi informat asupra faptului că terapia nu este un demers liniar, ci unul sinuos, în care recăderile sunt uneori inevitabile. În felul acesta, clientul va fi pregătit să facă față recăderilor şi nu va avea tendința de a le catastrofiza. Clientul va elabora împreună cu terapeutul un plan pentru a face față recăderilor sau situațiilor dificile care pot să apară în viitor.

Încheierea terapiei

Stadiul inițial, intermediar şi final al terapiei se află într-o strânsă interdependență, ceea ce le diferențiază fiind focalizarea demersului terapeutic. În etapa finală se va insista asupra consolidării achizițiilor şi încurajării activității independente a clientului. Pregătirea clientului pentru încheierea terapiei începe foarte devreme în terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată.

Terapeutul va preciza încă de la început durata estimată a psihoterapiei şi îl va informa pe client, în diverse etape, despre timpul pe care acesta îl mai are la dispoziție. Reamintim faptul că terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată reprezintă un demers limitat în timp, care nu îşi propune să rezolve toate problemele clientului, ci doar pe cele mai importante. Procesarea terapeutică asupra unui număr limitat de probleme îl va ajuta pe client să-şi formeze deprinderi care îl vor ajuta să rezolve şi alte aspecte care îi creează dificultăți.

Trower *et al.* (1988) sunt de părere că pacientul poate trăi două tipuri de îngrijorări referitoare la încheierea terapiei: prima se referă la faptul că nu va putea aplica cele învățate în timpul terapiei în mod independent şi a doua, că nu se va descurca fără sprijinul emoțional al terapeutului. În cazul în care apar astfel de convingeri, ele vor fi abordate în acelaşi mod ca şi alte convingeri disfuncționale.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Te simți cumva îngrijorat că vom pune capăt şedințelor noastre de terapie?
Corneliu: Da, mă tem de asta. Nu ştiu cum mă voi descurca.
T: Ce gânduri îți trec prin minte atunci când vorbim despre terminarea terapiei?
C: Nu cred că mă voi putea descurca fără ajutorul dumneavoastră. Nu cred că aş putea suporta să mă simt la fel de rău ca înainte.

T: Ceea ce afirmi pare o convingere negativă. Hai să vedem ce dovezi avem că acest lucru va fi adevărat și să le evaluăm.
C: Poate catastrofizez prea mult, dar lucrurile au mers bine pentru mine în timpul terapiei, în ciuda perioadelor de recădere pe care le-am depășit destul de ușor. Simt că am ajuns într-un punct bun și nu aș dori să fiu din nou ca la început.
T: Să vedem cum ai făcut față dificultăților care au apărut pe parcursul terapiei.
Terapeutul și clientul trec în revistă situațiile în care au apărut gânduri negative automate pe care clientul le-a combătut și pe care le-a înlocuit cu gânduri alternative mai raționale.
C: Cred că știu cum să-mi gestionez problemele acum. Deși este posibil să trec prin perioade grele, o să procedez în același mod în care am procedat până acum. Cele învățate mi-au fost de folos și cred că îmi vor fi și în continuare.

În etapa finală a terapiei se presupune că pacientul stăpânește în suficientă măsură modelul cognitiv și că acesta îl poate ajuta să-și înțeleagă propriile probleme din această perspectivă. Nu este necesar ca un client să practice toate tehnicile învățate în timpul ședințelor de psihoterapie, fiind suficient ca acesta să utilizeze doar unele dintre ele, pe care le consideră ca fiindu-i folositoare. Odată ce terapeutul s-a convins de faptul că subiectul stăpânește în suficientă măsură modelul și tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale, îl va solicita să identifice câteva potențiale dificultăți viitoare, care vor fi procesate apoi în timpul ședinței de psihoterapie.

Un element important al psihoterapiei îl reprezintă feedbackul pozitiv pe care terapeutul îl acordă clienților săi. Aceasta nu înseamnă adresarea de laude exagerate clientului, laude care ar părea nesincere, ci sublinierea obiectivă a tuturor progreselor realizate. În finalul terapiei, aceste întăriri pozitive vor include și un rezumat al achizițiilor clientului, precum și o recunoaștere a eforturilor depuse de acesta.

Există și cazuri când unii clienți doresc să prelungească terapia, situații în care terapeutul a subestimat probabil profunzimea problemelor acestora și a recomandat în mod eronat un demers de scurtă durată. Astfel de solicitări vor fi acceptate mai ales atunci când clienții își achită singuri costurile terapiei.

În finalul terapiei va fi elaborat şi un plan concret pentru depăşirea unor posibile dificultăţi care pot apărea în viitor. Acesta va fi realizat în cadrul penultimei şedinţe de terapie, detaliat de client în cursul sarcinilor pentru acasă şi definitivat la ultima întâlnire. Prezentăm în cele ce urmează un model de astfel de plan adaptat după Curwen, Palmer şi Ruddell (2008, p. 105).

Posibile recăderi	**Răspunsuri dezadaptative**	**Răspunsuri adaptative: Ce pot face eu**
Prima lună		
Revenirea la programul de 8 ore (a avut program redus).	Să clachez atunci când sunt supus la presiuni.	1. Să încerc să evit supraîncărcarea, să cer din timp ajutor şefului de birou. 2. Să mă calmez practicând exerciţii de ralaxare. 3. Să revăd notiţele din timpul terapiei când am lucrat asupra perfecţionismului (metoda E/e).
Peste trei luni (bilanţul de sfârşit de an).	Să mă străduiesc prea mult; să devin nervos şi să ţip la toată lumea.	1. Să examinez gândurile negative legate de perfecţionism şi să le înlocuiesc cu unele mai realiste. 2. Să fiu mai îngăduitor cu propria persoană, să mă bucur de viaţă. 3. Să le permit colegilor să mă ajute.
Peste şase luni (controlul de fond; stres puternic la locul de muncă).	Îmi spun în gând că nu o să fac faţă.	1. Să identific, să combat şi să modific gândurile negative automate. 2. Să mă concentrez pe ceea ce pot face, nu pe ceea ce nu pot face. 3. Toate aceste evenimente mi se vor părea nesemnificative peste câteva luni.
Peste un an (fiica susţine examenul de bacalaureat; soţia a plecat pentru şase luni în străinătate.)	Am prea multe pe cap!	1. Să utilizez strategia de rezolvare a problemelor de viaţă. 2. Să îi las pe ceilalţi să preia unele responsabilităţi (mama, fratele meu, şeful de birou). 3. Să îmi amintesc convingerea mea realistă referitoare la perfecţionism. Să strâng din nou argumente în favoarea acesteia.

În funcție de natura și complexitatea problemelor, terapeutul poate aranja întrevederi cu clientul după trei, șase sau douăsprezece luni, astfel încât încheierea terapiei să nu aibă pentru acesta un caracter prea brusc.

Strategii și tehnici adiționale

Acestea trebuie utilizate doar în combinație cu formularea problemei în termeni cognitiv-comportamentali și sunt utile pentru o serie de probleme psihopatologice și psihosomatice. Cele mai utilizate tehnici cognitive și comportamentale sunt următoarele:

a) Tehnica imaginației dirijate, pentru a optimiza capacitatea clientului de a face față unor evenimente stresante sau unor schimbări viitoare (Lazarus, 1980)

Astfel de evenimente anticipate pot fi decesul unei persoane apropiate, pensionarea, pierderea locului de muncă, plecarea de acasă a copiilor sau o pierdere materială însemnată. Terapeutul va discuta împreună cu clientul despre modalitățile de a face față cu bine acestor evenimente. În continuare, acestuia i se cere în stare de relaxare să-și imagineze că pune în funcțiune una sau mai multe strategii care sunt încununate de succes.

Această tehnică poate fi utilizată și în etapa finală a terapiei, pentru prevenirea recăderilor, precum și pentru pregătirea confruntării cu alte situații stresante, de amploare mai redusă: examene, interviuri de ocupare a unor posturi, situații legate de vorbitul în public etc. Este important să i se explice clientului că trebuie doar *să facă față situației*, nu să o stăpânească perfect. De pildă, un client care se teme să vorbească în public va trebui să se vizualizeze realizând o prezentare bună, nu neapărat perfectă. Clientul va primi ca sarcină de la terapeut să realizeze exercițiul și în cadrul temelor pentru acasă.

b) Analiza beneficiilor și costurilor

Reprezintă o tehnică de tip comportamental care constă în stabilirea costurilor și beneficiilor unor convingeri, deprinderi sau comportamente cu caracter dezadaptativ. Clientul și terapeutul vor alege o convingere sau un tip de comportamente, vor împărți în

două o foaie de hârtie, vor stabili avantajele şi dezavantajele menţinerii acestora şi apoi vor descoperi împreună o convingere sau un comportament alternativ. Metoda poate fi aplicată şi pentru gândurile negative automate, distorsionările cognitive şi convingerile disfuncţionale de bază.

Convingere disfuncţională: „Trebuie totdeauna să fac totul perfect".

Avantaje	Dezavantaje
Voi elabora lucrări de bună calitate.	
Lucrările mele vor fi apreciate de şefi.	Voi lucra tot timpul în stare de stres.
Voi trăi stări de anxietate şi chiar atacuri de panică în perioadele aglomerate.	
Voi lucra mai încet decât colegii mei.	
Nu voi avea curajul să mă prezint la concursul pentru postul de şef de birou.	

Convingere alternativă: „Este bine să faci lucrurile cât mai corect, dar a greşi este omeneşte şi i se poate întâmpla oricui".

c) **Continuumul decatastrofizării** (Curwen, Palmer şi Ruddell, 2008, p. 111)

Se aplică în cazul clienţilor care au tendinţa de a anticipa consecinţele negative ale unor evenimente. Aceştia vor comite erori de logică de tipul amplificării sau gândirii dihotomice. În loc să considere că un eveniment va fi neplăcut, dar că nu va „veni sfârşitul lumii", aceşti subiecţi se exprimă în termeni externi: „Va fi groaznic, teribil, oribil, nu voi putea suporta aceasta" etc.

Terapeutul îi va cere clientului să noteze pe o scală gradată de la 0 la 100 consecinţele negative ale unui eveniment.

- Să cad la examenul de admitere la facultate;
- Să fiu concediat de la locul de muncă;
- Să mă cert cu prietena mea.

În urma discuţiilor purtate cu terapeutul, clientul va reuşi să aşeze evenimentele de-a lungul întregii scale.

0_____30_____60_____80_____100

30 = Să mă cert cu prietena
60 = Să cad la examenul de admitere la facultate
80 = Să fiu concediat de la locul de muncă

d) Tehnica „insulei pustii" (Palmer, 1993a)

Nu toţi clienţii devin conştienţi de necesitatea modificării convingerilor disfuncţionale şi a gândurilor negative automate. Tehnica „insulei pustii" îi va ajuta să înţeleagă faptul că menţinerea gândurilor şi convingerilor negative, şi nu modificarea evenimentului activator extern va conduce la perpetuarea unor tulburări emoţionale cum ar fi anxietatea, depresia, ostilitatea sau culpabilitatea.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului dintre client şi terapeut.

Terapeutul: Am discutat despre modelul ABC al terapiei cognitive. Cu toate acestea, nu pari prea convins de faptul că gândurile şi atitudinile tale contribuie la felul în care te simţi în diverse situaţii stresante. Dacă nu ai nimic împotrivă, voi încerca să-ţi demonstrez maniera în care funcţionează acest proces.

Matei: Da, de acord.

T: Să presupunem că ai naufragiat pe o insulă pustie, unde nu eşti însoţit de niciunul dintre prietenii tăi şi tu nutreşti convingerea că este bine să ai pe cineva lângă tine. Ce vei simţi în această situaţie?

M: Cred că aş fi trist că sunt singur.

T: Dar dacă, aflându-te pe aceeaşi insulă, ai avea convingerea că trebuie neapărat, cu orice preţ, să ai pe cineva cu tine? Cum te-ai simţi atunci?

M: Foarte speriat!

T: Să ne imaginăm acum că sosesc echipele de salvare şi unul dintre prietenii tăi se află printre cei care au sosit. Ce vei simţi?

M: Mă voi simţi foarte uşurat.

T: Dacă nutreşti în continuare convingerea că trebuie neapărat, cu orice preţ, să ai pe cineva împreună cu tine, ce s-ar putea întâmpla pentru a te simţi din nou supărat sau speriat?

M: Poate dacă prietenul meu ar trebui să plece.

T: Cum anume te-ai comporta atunci?

M: Din câte mă cunosc, voi încerca să mă agăţ de el în cazul în care trebuie să plece.

T: Și acest lucru va îmbunătăți relația care există între voi?
M: Nu cred. Probabil el va fi și mai doritor să plece dacă va avea ocazia.
T: Să modificăm din nou scenariul. Te afli pe insulă, prietenul tău este împreună cu tine, iar tu ai de data asta convingerea: „Ar fi bine să am un prieten cu mine, dar dacă nu-l voi mai avea, mă voi descurca totuși"; te vei mai simți oare la fel de speriat?
M: Nu, mă voi simți mult mai bine.
T: Ce te va face să te simți mai bine?
M: Pentru că nu voi mai insista asupra dorinței ca prietenul să fie neapărat, obligatoriu cu mine.
T: Dacă ai fost atent, ai observat că în toate cazurile era vorba de aceeași situație. Singurul element diferit îl reprezentau convingerile tale, iar convingerile diferite au trezit în tine stări emoționale diferite care, la rândul lor, au condus la comportamente diferite. Convingerile categorice te-au făcut să te simți mai anxios, în timp ce convingerile mai flexibile te-au determinat să te simți doar puțin îngrijorat. Cred că ești de acord cu faptul că regulile și convingerile rigide produc un nivel ridicat de stres.
M: Da, sunt de acord.
T: Acum să revenim la problema ta. Ce îți spui în gând atunci când trebuie să-ți prezinți activitatea în fața Consiliului Director al firmei?
M: Că trebuie neapărat să fac o prezentare bună.
T: Și dacă nu vei avea o prezentare bună, care va fi rezultatul?
M: Va fi îngrozitor, teribil, de nesuportat.
T: Te vei mai accepta ca persoană?
M: Nu, mă voi considera un ratat!
T: Atâta timp cât se întâmplă aceasta (terapeutul notează pe o foaie de hârtie: A = prezentarea activității în fața Consiliului Director al firmei; B = trebuie neapărat să realizez o prezentare foarte bună, dacă nu se întâmplă acest lucru, va fi îngrozitor, oribil, de nesuportat și mă voi considera un ratat) cum te vei simți?
M: Foarte speriat.
Terapeutul completează modelul cognitiv la punctul C.
T: Și te va ajuta acest lucru să te prezinți mai bine?
M: Nu. Când mă simt anxios, nici nu pot să mă exprim cum trebuie.
T: Nu crezi că ar fi mai bine să examinăm aceste cogniții care interferează în mod negativ cu sarcina și să le înlocuim cu unele orientate spre sarcină, care să te ajute să te simți mai puțin speriat, mai concentrat și să ai o performanță mai bună?
M: Da, pare o idee bună.

Tehnica insulei pustii se utilizează cu precădere la începutul demersului terapeutic, etapă în care este necesar să se insiste foarte mult şi asupra distorsionărilor cognitive.

e) Adresarea unei scrisori unei persoane semnificative

Unii clienţi au dificultăţi în a-şi exprima deschis sentimentele faţă de anumite persoane. În astfel de situaţii, terapeutul va recomanda ca sarcină pentru acasă redactarea unei astfel de scrisori (către o persoană semnificativă din viaţa sa), pe care însă clientul nu o va expedia niciodată. Tehnica este foarte utilă mai ales în situaţii de doliu sau abuz. Terapeutul va analiza împreună cu clientul conţinutul scrisorii, vor fi identificate convingerile negative disfuncţionale care vor fi ulterior procesate sub aspect terapeutic.

f) Antrenamentul mental cu scop motivator

Palmer şi Neenan (1988) au dezvoltat o variantă a tehnicii imaginaţiei dirijate (Ellis *et al.*, 1998; Lazarus, 1984) pentru a-i motiva pe clienţi să facă faţă problemelor care îi frământă. La început i se cere clientului să-şi vizualizeze viitorul evitând confruntarea cu problema respectivă. Imaginile referitoare la lipsa de acţiune vor fi asociate cu toate dezavantajele acestui tip de comportament. Ulterior, clientul va fi solicitat să-şi reprezinte modul în care face faţă situaţiei în viitor, asociindu-se de data aceasta avantajele noului comportament.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Corina: Nu pot să suport gândul că va trebui să mă întorc la serviciu. Voi fi din nou stresată. Nu mă văd făcând acest lucru.

Terapeutul: Ar fi interesant să analizăm modul în care va arăta viaţa ta de acum încolo, dacă nu te întorci la serviciu şi nu-ţi depăşeşti fricile.

C: De acord.

T: Imaginează-ţi că părăseşti cabinetul, mergi acasă şi îi spui soţului tău că nu mai vrei să te întorci la serviciu. Începeţi să discutaţi împreună despre viitor. Poţi să-ţi reprezinţi acest lucru cu ochii minţii?

C: Cred că da!

T: Spune-mi, ce anume vizualizezi?

C: Cred că el se va supăra pentru că nu ne vor ajunge banii şi nu este corect să muncească doar el.

T: Ce se va întâmpla dacă nu vor ajunge banii?

C: Nu voi mai putea să-mi duc fetița la balet și să-i cumpăr jucării, nu voi mai avea bani de haine noi, de cafea, de benzină...
T: Dar ce spui despre zugrăvit sau despre mobila nouă despre care mi-ai vorbit?
C: De așa ceva nici nu mai poate fi vorba.
T: Închide ochii și încearcă să-ți reprezinți toate acestea: soțul tău este supărat și îți face observații zilnice, Cristina nu mai merge la balet, îți cere o jucărie nouă și tu nu poți să i-o oferi, nu ai bani nici de cafea, mergi la piață pe jos, deși plouă și bate vântul... Imaginează-ți acum că această situație va dura toată viața. Poți să-ți reprezinți ce anume se întâmplă?
C: Da, foarte clar.
T: (cu o notă de umor): Și dacă soțul tău te va părăsi?
C: După câte mi-ar reproșa, ar fi posibil și acest lucru.
T: Mă întreb ce se va întâmpla cu încrederea ta în tine?
C: Care... încredere?
T: Dacă această situație va continua până la sfârșitul existenței tale, cum te-ai simți?
C: Îngrozitor, foarte deprimată... cred că și prietenii mă vor părăsi...
T: Să înțeleg că nu îți place acest scenariu de viitor?
C: Nu, chiar deloc.
T: Ce ar fi să construim un scenariu diferit: imaginează-ți acum că pleci de la cabinet, mergi acasă și îi spui soțului că te întorci la serviciu și că poți să-ți stăpânești temerile. Gândește-te la avantajele materiale: Cristina are performanțe deosebite la balet, are lucrurile pe care pe care și le dorește, tu circuli cu mașina, ești bine îmbrăcată, bei cafea... ai foarte multă încredere în forțele proprii, iar la 60 de ani nu va trebui să mergi cu mijloacele de transport în comun. Cum te simți acum?
C: Mult mai bine.
T: Care crezi că a fost obiectivul acestui exercițiu?
C: Să-mi demonstrați faptul că, dacă nu mă voi întoarce la serviciu, existența mea va fi mult mai rea decât acum.
T: Bine, și ce propui?
C: Evident că voi reveni la serviciu!

Această tehnică nu este indicată în cazul unor clienți cu depresie severă și ideație de tip suicidar (Palmer și Druden, 1995).

g) Tehnica proiecției în timp

Clientului aflat în stare de relaxare i se cere să-şi imagineze că se întoarce în trecut sau se proiectează în viitor, când evenimentul sau situaţia negativă au fost depăşite (Lazarus, 1989). Astfel, spre exemplu, un client poate fi deprimat pentru că a fost concediat. Acesta poate fi solicitat să-şi imagineze cum ar arăta existenţa lui după şase luni, un an sau doi ani, sau chiar mai mult.

De regulă, clientul respectiv se va imagina pe sine angajat la un nou loc de muncă. Pentru clienţii care au dificultăţi să-şi imagineze un final pozitiv, terapeutul va sugera scenariul pe baza căruia se va desfăşura exerciţiul de imaginaţie dirijată. Proiectarea în trecut îl va ajuta pe client să retrăiască diverse situaţii cu conţinut pozitiv, menite să-i redea speranţa în capacitatea sa de a face faţă unor situaţii dificile.

h) Oprirea gândurilor

În etapele incipiente ale terapiei, clientul poate avea dificultăţi de a-şi controla gândurile şi imaginile cu conţinut anxiogen. Acestuia i se cere să evoce o imagine sau un gând obsesiv (Salkovskis şi Kirk, 1989) şi să-i semnaleze terapeutului când a reuşit să facă acest lucru. Terapeutul va pronunţa cu voce tare cuvântul *stop*, iar clientul va opri derularea gândului sau imaginii respective. Procedeul va fi continuat până când clientul va putea stopa cogniţiile cu conţinut anxiogen fără ajutor din afară. La început, exerciţiul se va desfăşura în cabinetul de psihoterapie şi apoi va fi prescris în calitate de sarcină pentru acasă.

i) Contractele terapeutice

Terapeutul îl va ghida pe client să realizeze nişte contracte formale cu persoane semnificative (membrii familiei, colegi de serviciu), în care să-şi asume obligaţia că va întreprinde anumite modificări pozitive în plan comportamental, cum ar fi: să abandoneze fumatul, să ţină o cură de slăbire sau să renunţe la doliu. Este important ca aceste obiective să fie simple, clare, uşor de realizat şi să conţină elemente pozitive pentru ambele părţi.

j) Modelarea

Înainte ca subiectul să realizeze o anumită acţiune, terapeutul îi va demonstra, în paşi mici, modul de îndeplinire a acesteia. Este

recomandabil ca terapeutul să-l stimuleze pe client, realizând respectiva acţiune la *nivel acceptabil*, şi nu perfect (Milner şi Palmer, 1998; Palmer şi Dryden, 1995). Tehnica modelării se poate utiliza cu succes mai ales în formarea şi dezvoltarea unor calităţi de comunicare sau de comportament asertiv.

k) Tehnica recompenselor sau pedepselor

Clientul va fi dirijat să-şi administreze o recompensă atunci când a îndeplinit sarcina trasată (să-şi cumpere un obiect, să mănânce alimentul favorit, să meargă la un spectacol) şi să plătească o anumită amendă atunci când sarcina nu a fost dusă la bun sfârşit (de exemplu, a continuat să fumeze).

l) Prevenirea răspunsului

Se utilizează mai ales în cazul clienţilor cu tulburare obsesiv-compulsivă (Salkovskis şi Kirk, 1989). Clientul este expus progresiv la stimulii care evocă declanşarea ritualurilor compulsive şi dirijat să reziste punerii în acţiune a acestora. În fazele incipiente ale terapiei, i se poate cere clientului să prelungească timpul de dinaintea declanşării ritualului şi să reducă numărul de repetări ale comportamentului ritualizat (să se spele pe mâini de trei ori pe oră, şi nu de 10 ori).

m) Controlul stimulilor din mediul înconjurător

Constă în modificarea ambianţei în aşa fel încât clientul să nu aibă un acces facil la stimulii care declanşează comportamentul dezadaptativ. Astfel, unui client care doreşte să se lase de fumat i se va cere să nu ţină în casă ţigări, scrumiere, brichete şi să evite temporar vizitele la persoanele fumătoare.

n) Tehnicile de relaxare

Se pot utiliza tehnici diferite de relaxare inspirate din antrenamentul autogen al lui Schultz, din relaxarea progresivă Jacobson, tehnici de meditaţie, respiraţie controlată, imaginaţie dirijată sau hipnoză clinică.

1.2. Evaluarea și principiile tratamentului — condiții valide ale unei psihoterapii eficiente de scurtă durată

Evaluarea și principiile tratamentului

Lane (2000) subliniază faptul că evaluarea reprezintă o parte integrantă a unei psihoterapii eficiente, începând cu psihodiagnoza inițială și cu elaborarea planului de tratament, continuând cu monitorizarea progreselor terapiei și terminând cu evaluarea rezultatelor finale. Un element important al evaluării se referă la stabilirea măsurii în care acest gen de tratament de scurtă durată este potrivit pentru un anumit client (Vaillant, 1997). În condițiile actualei crize financiare, o psihoterapie de scurtă durată cu costuri reduse reprezintă o opțiune pentru un număr foarte mare de clienți.

Evaluarea va conduce la conceptualizarea cazului și se referă la înțelegerea cauzelor și contextului care l-au condus pe client în situația de a prezenta simptomele respective, precum și a modului în care aceste simptome se manifestă. Conceptualizarea cazului va conduce de asemenea la conectarea psihodiagnozei descriptive cu istoria personală și familială a clientului prin intermediul analizei relațiilor funcționale, care se referă la factorii predispozanți, precipitatori, de exacerbare, menținere sau ameliorare a simptomelor specifice tulburării diagnosticate. Mai precis, conceptualizarea cazului ține de următoarele aspecte:

- evidențierea aspectelor relevante ale simptomelor în contextul relațiilor funcționale;
- identificarea acelor aspecte care ar putea fi accesibile unor intervenții directe;
- stabilirea obiectivelor psihoterapiei și prioritizarea acestora în funcție de importanța pe care le-o acordă clientul, precum și de posibilitățile concrete de a le atinge.

Psihoterapia de scurtă durată în cazul unui episod depresiv major

Antonuccio, Lewinsohn, Piasecki şi Ferguson (citaţi în Hersen şi Biaggio, 2000) ne prezintă un model de abordare terapeutică a depresiei majore.

Studiu de caz

Marian, un inginer în vârstă de 40 de ani, se prezintă la cabinetul de psihoterapie cu o simptomatologie de tip depresiv. Clientul lucrează ca inginer la o firmă privată şi este căsătorit a doua oară. În urmă cu trei ani, Marian s-a aflat într-un autoturism care a intrat în coliziune frontală cu un altul. În urma accidentului au decedat patru persoane, clientul suferind doar unele traumatisme uşoare (fractură de umăr şi la piciorul stâng). După spitalizarea şi recuperarea care au durat aproximativ cinci luni, Marian s-a întors la serviciu, dar a început să consume zilnic alcool. Clientul a fost diagnosticat de către mai mulţi specialişti cu tulburare posttraumatică de stres. Începând cu acel eveniment au apărut primele simptome depresive. Marian s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie, la indicaţia medicului psihiatru, pentru dispoziţie depresivă, lipsă de rezonanţă emoţională (anhedonie), izolare socială, lentoare psihomotorie şi fatigabilitate. Marian a afirmat faptul că şi-ar dori să moară, dar nu prezenta intenţii suicidare clar formulate, datorită existenţei celor doi copii din prima căsătorie, copii care locuiau împreună cu mama lor.

Printre obiectivele terapiei clientul a indicat următoarele: şi-ar dori să se simtă mai puţin deprimat, mai puţin anxios şi îngrijorat, să se simtă mai bine în pielea sa, să scape de gândurile negre legate de moarte şi să fie mai puţin izolat social. Acesta a afirmat că în ultimii trei ani parcă nu a trăit de loc, simţindu-se „mort pe dinăuntru". Clientul a mai afirmat şi că se simte „adormit" şi apatic, că şi-a pierdut interesul pentru activităţile pe care le considera înainte agreabile, cât şi pentru relaţiile sociale. Marian a relatat faptul că a mai avut un episod depresiv în jurul vârstei de 17 ani, când s-a despărţit de prima sa prietenă, şi că atunci s-a gândit să se arunce de pe terasa blocului în care locuia. În acelaşi timp afirmă că nu are probleme legate de accidentul în care a fost implicat (neavând coşmaruri, amintiri intruzive, anxietate legată de acest eveniment sau comportamente de evitare).

Randamentul profesional s-a diminuat semnificativ, clientul riscând să fie trecut pe lista de disponibilizări. Timpul liber şi-l petrecea mai mult în pat sau în fotoliu, uitându-se la televizor. Rareori Marian trăia sentimente de invidie faţă de colegii de facultate care au atins poziţii sociale mai înalte. În momentul începerii

terapiei, clientul urma tratament cu antidepresive și anxiolitice, admiterea sa la terapie fiind condiționată de abandonarea totală a consumului de alcool.

Conceptualizarea cazului

Deși clientul avea o istorie mai veche a simptomatologiei depresive, problemele sale s-au accentuat în urma accidentului rutier în care a fost implicat. Marian a început să consume alcool pentru a face față anxietății, depresiei și singurătății. Alcoolul nu a făcut decât să amplifice simptomele sale depresive, izolarea socială, și conflictele cu cei din jur. Deși clientul a renunțat la alcool în urma începerii demersului psihoterapeutic și a urmat tratamentul cu antidepresive, simptomele nu s-au ameliorat.

Reamintim aici că psihoterapia de scurtă durată nu este indicată clienților cu deficiențe mentale, schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburare afectivă bipolară sau celor cu abuz acut de alcool.

Ținând seama de simptomatologia sa, Marian a fost diagnosticat cu episod depresiv major, recurent nonpsihotic. Scorul la scala de depresie Beck (BDI) a fost de 28 de puncte, în timp ce la scala de anxietate Beck (BAI) clientul a obținut un scor mai scăzut, de 8 puncte, elemente care indicau faptul că Marian era mai mult depresiv decât anxios.

Modelul comportamental al depresiei majore (Lewinsohn et al., 1979) poate fi declanșat de către un factor stresant care perturbă modelele uzuale de comportament ale subiectului, fiind întărit de anumite evenimente din mediul înconjurător, care acționează la un moment dat asupra acestuia. În cazul în care clientul nu este capabil să modifice balanța acestor întăriri negative, el va deveni tot mai conștient de situația în care se găsește, fapt ce va conduce la o autoevaluare negativă (Lewinsohn et al., 1985).

Acest model sugerează și faptul că membrii familiei și celelalte rețele de suport social nu fac decât să întărească starea depresivă a clientului (membrii familiei sunt excesiv de îngrijorați, medicul de familie abordează problema suicidului, cu toții fac eforturi nereușite de a-l mobiliza pe client). Din acest motiv, psihoterapia de scurtă durată are menirea de a-l ajuta pe client să amplifice angajarea sa în activități agreabile, să achiziționeze abilități sociale și de rezolvare de probleme, să-și modifice stilul negativ de gândire și să practice cu regularitate relaxarea. Un astfel de demers se poate desfășura individual sau în grupuri de șase până la zece clienți, cuprinzând aproximativ 12 ședințe a câte două ore. În primele patru săptămâni ședințele vor avea loc de două ori pe săptămână, iar la un interval de șase luni se programează o ședință de reevaluare. Elemente ale acestui tip de program i-au fost aplicate individual și clientului din cazul prezentat.

În cadrul primelor două ședințe de psihoterapie a fost realizată evaluarea clientului cu ajutorul interviului clinic semidirijat, s-a realizat conceptualizarea cazului și a fost introdus modelul cognitiv-comportamental de scurtă durată. Clientul a fost instruit să-și monitorizeze zilnic dispoziția și frecvența activităților

agreabile. Acesta a ales mersul pe bicicletă, jocurile pe calculator și s-a înscris la un curs de Reiki. De asemenea, Marian a fost încurajat să-și viziteze mai des copiii din prima căsătorie și să realizeze o serie de activități în aer liber împreună cu aceștia.

Clientul a fost surprins să constate faptul că a început să se simtă bine în compania băieților lui. Începând cu cea de-a treia ședință de psihoterapie, dispoziția clientului a urcat la cinci (pe o scală de la 0 la 10), iar după a patra ședință aceasta s-a situat în jur de 7. Numărul de activități agreabile a crescut de asemenea de la 1-2 la 6-7 pe săptămână. Clientul a început să se bucure de activitățile sportive, de cursul de Reiki și de întâlnirile cu copiii săi. Ședințele 5 și 6 au fost dedicate formării și dezvoltării unor deprinderi de comunicare socială. Deși clientul a încetat să mai petreacă un timp îndelungat în fotoliu rumințând gânduri negative, el a continuat să nutrească sentimente de culpabilitate legate de episoadele de consum abuziv de alcool, de eșecul în carieră și de destrămarea primei sale căsnicii.

Ședințele 7 și 8 au fost dedicate achiziționării deprinderilor de gândire constructivă. Clientul a fost dirijat să identifice și să combată, cu ajutorul dialogului socratic, gândurile negative disfuncționale cu variante raționale, adecvate. Majoritatea gândurilor negative identificate au fost de tipul următor: „Nu ar fi trebuit să consum niciodată alcool", „Nu ar fi trebuit să-mi părăsesc familia pentru altă femeie", „Am distrus viitorul copiilor mei pentru că i-am condamnat să trăiască într-o familie dezorganizată" etc.

Marian a identificat câteva tipuri de distorsiuni cognitive specifice gândirii sale disfuncționale: supragenerализarea, citirea gândurilor, descalificarea pozitivului și gândirea dihotomică de tipul „totul sau nimic". Clientul a fost ghidat de către terapeut să se accepte pe sine și să-și acorde iertare, pentru că este o ființă omenească supusă greșelilor. De asemenea, el a ajuns la concluzia că mulți copii din familii dezorganizate ajung să aibă un viitor frumos și că trecutul nu poate fi modificat, dar că este mai important ce va întreprinde el, ca individ, în viitor.

În cursul celei de-a noua ședințe de psihoterapie clientul a suferit o ușoară recădere declanșată de faptul că fiii săi au amânat o întâlnire cu el din cauza unui meci de fotbal. El nu și-a îndeplinit sarcinile pentru acasă și a exprimat o serie de îngrijorări în legătură cu eficiența terapiei. Intervenția terapeutică a constat în trecerea în revistă a succeselor obținute de client în timpul ședințelor de psihoterapie, pe care le-a enumerat până în momentul prezent. Terapeutul a oferit un feedback constructiv, subliniind eforturile pe care Marian le-a depus pentru obținerea acestor schimbări. Au fost întreprinse acțiuni pentru consolidarea în continuare a alianței terapeutice și cei doi au colaborat pentru revizuirea obiectivelor terapiei.

Începând încă de la prima ședință de psihoterapie a fost introdus un program de relaxare musculară cu sugestii specifice, clientul având sarcina de a practica relaxarea și în mod individual acasă, ulterior, și de a nota pe o scală gradată de la 0 la 10 nivelul de încordare musculară și de tensiune psihică resimțit. Exercițiul

de relaxare a fost practicat zilnic, timp de 20 de minute, de către client. Pe parcursul derulării terapiei, clientul a afirmat că se simte mult mai bine, iar scorul la scala de depresie Beck (BDI), reaplicată la un interval de timp stabilit, a arătat o scădere evidentă. Ideaţia suicidară a dispărut complet.

Încheierea terapiei a avut loc la finalul celei de-a douăsprezecea şedinţe, clientul fiind invitat la o reevaluare după un interval de timp de o lună. Marian s-a prezentat la această ultimă întâlnire terapeutică într-o dispoziţie bună, comunicativă şi zâmbind frecvent. Clientul s-a declarat mulţumit de rezultate şi a afirmat că a achiziţionat o serie de deprinderi care să-i permită în viitor să facă faţă stresului. Medicaţia psihiatrică a fost redusă treptat până aproape de zero, sub îndrumarea medicului psihiatru.

Prezentăm mai jos câteva modele de fişe de automonitorizare utilizate de client în cadrul demersului terapeutic (adaptate după Antonuccio, Piasecki şi Ferguson, 2000).

Fişă de autoevaluare cotidiană:
Numele: Marian
Vârsta: 40 de ani
Profesia: Inginer
Data:
A. Evenimentul activator.
Descrieţi pe scurt evenimentul sau situaţia care v-a determinat să vă simţiţi neplăcut sub aspect emoţional.
B. Gânduri, convingeri, vorbire interioară. Notaţi tot ce v-aţi spus în legătură cu A.

1	
2	
3	
4	
5	
10	
...	

Puneţi un semn înainte de fiecare afirmaţie pe care o consideraţi distructivă sau iraţională.

C. Consecinţele în plan emoţional.

Descrieţi fiecare stare pe care aţi trăit-o când s-a petrecut evenimentul A şi notaţi pe o scală de la 0 la 10 cât de intensă a fost acea trăire.

Exemplu: M-am simţit speriat.

0 = deloc; 1 = foarte puţin; 5 = aşa şi aşa; 9–10 = foarte speriat, aproape în panică.

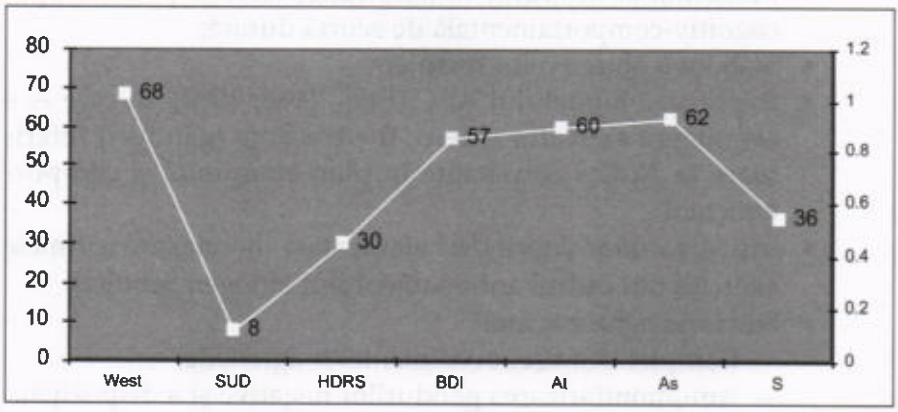
D. Combaterea gândurilor şi convingerilor negative disfuncţionale.

Analizaţi fiecare afirmaţie sau convingere de la punctul B şi găsiţi contraargumente pentru a o combate. Înlocuiţi fiecare gând sau afirmaţie disfuncţională cu una constructivă, realistă.

Diagrama activităţilor agreabile recomandate şi a stărilor emoţionale generate de realizarea acestora

Dispoziţie foarte bună	10							Frecvenţa activităţilor agreabile
	9							
	8							12
	7							10
	6							8
	5							
	4							6
	3							4
	2							2
	1							
Dispoziţie foarte rea	0							
Zile	1	2	3	4	5	6	7	

Diagrama evaluării nivelului relatării



Legendă: *0 = foarte relaxat*
10 = foarte încordat (panică)

Monitorizarea gradului de relaxare în timpul activităţilor cotidiene

	Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
Scor						
	9	4	7			
Intervalul din zi	Ora 13:30	Ora 17	Ora 21			
Tipul de activităţi (situaţia)	În biroul şefului	În parc cu copiii	Acasă, în timpul unei discuţii cu partenera			

Legendă: *0 = foarte relaxat*
10 = foarte încordat (în panică)

Prezentăm în cele ce urmează planul care cuprinde principalele strategii terapeutice utilizate în cadrul demersului terapeutic.

Şedinţa 1

- Prezentarea modului în care funcţionează psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată;
- Stabilirea obiectivelor terapiei;
- Explicarea modelului ABC (Ellis, 1986, 1990), în care A = eveniment activator extern; B = credinţe (gânduri) referitoare la A; C = consecinţe în plan emoţional şi comportamental;
- Însuşirea unor deprinderi elementare de relaxare (primele exerciţii din cadrul antrenamentului autogen Schultz);
- Sarcinile pentru acasă:
  — Completarea fişei evenimentelor agreabile;
  — Automonitorizarea gândurilor negative şi a dispoziţiei.

Şedinţa 2

- Şedinţa este dedicată în principal elaborării unui plan de schimbare de către client, sub îndrumarea terapeutului. Acesta va fi ajutat nu numai să alcătuiască planul respectiv, ci să-l şi pună în practică.
- Sarcinile pentru acasă în această şedinţă sunt următoarele:
  — Continuarea automonitorizării gândurilor negative şi a convingerilor disfuncţionale;
  — Continuarea automonitorizarii dispoziţiei şi activităţilor cu conţinut agreabil;
  — Întocmirea planului de depăşire a stărilor depresive şi stabilirea priorităţilor în cadrul acestuia.

Şedinţa 3

- Continuarea identificării gândurilor şi convingerilor disfuncţionale negative;
- Monitorizarea dispoziţiei şi activităţilor agreabile;
- Formarea unor deprinderi de relaxare mai complexe;
- Introducerea sugestiilor cu caracter general (de întărire a Eului) şi a celor specifice;
- Sarcinile pentru acasă:
  — Continuarea monitorizării dispoziţiei, activităţilor agreabile şi a nivelului relaxării.

Ședințele 4–5

În cadrul acestor ședințe se va insista asupra perfecționării abilităților de relaxare. Clientul va fi învățat nu numai să practice relaxarea în timpul ședinței de psihoterapie sau independent, acasă, ci și să generalizeze deprinderile de relaxare la activități cotidiene (să sesizeze încordarea și să se relaxeze în situații specifice).

Sarcinile pentru acasă:

- Monitorizarea dispoziției activităților agreabile și a nivelului relaxării;
- Exersarea relaxării în situații problematice de viață.

Ședința 6

Este dedicată creșterii frecvenței activităților agreabile în decursul unei zile și pe durata săptămânii. Clientul va conștientiza importanța activităților agreabile și a modului în care acestea îi modifică dispoziția și va elabora un plan pentru creșterea frecvenței acestora.

Sarcinile pentru acasă:

- Continuarea monitorizării dispoziției și a nivelului de relaxare;
- Creșterea numărului de activități plăcute și monitorizarea dispoziției în funcție de acestea.

Ședința 7

Este rezervată restructurării cognitive conform modelului ABC al lui Ellis (1986, 1990). Clientul va realiza cât mai multe exerciții de identificare, combatere și înlocuire a gândurilor și convingerilor disfuncționale negative, pornind de la anumite situații prezentate în terapie.

Sarcinile pentru acasă:

- Continuarea monitorizării dispoziției, a derulării activităților agreabile și a nivelului de relaxare;
- Realizarea unor exerciții de identificare, combatere și înlocuire a gândurilor disfuncționale negative cu unele realiste, conform modelului ABC, așa cum s-a început activitatea în cabinetul de psihoterapie.

Ședința 8

Obiectivul acestei ședințe se referă la elaborarea unui plan de dezvoltare pentru un mod de gândire mai constructiv. Clientul va

continua să exerseze identificarea, combaterea şi înlocuirea gândurilor negative şi a convingerilor negative disfuncţionale şi va învăţa să utilizeze vorbirea interioară (autosugestia) pentru a-şi pune în practică planurile.

Sarcinile pentru acasă:

- Monitorizarea dispoziţiei şi a nivelului relaxării;
- Aplicarea autosugestiilor şi în afara relaxării, anume în situaţii de viaţă specifice;
- Continuarea exerciţiilor de restructurare cognitivă după modelul ABC.

Şedinţa 9

Este dedicată formării unor deprinderi şi abilităţi de comportament social. Clientul va fi ajutat să identifice acele zone în care se manifestă un anumit nivel de deficit în sfera abilităţilor sociale, va lucra împreună cu terapeutul pentru formarea şi perfecţionarea acestora şi apoi le va pune în aplicare în situaţii sociale reale.

Sarcinile pentru acasă:

- Continuarea monitorizării dispoziţiei, a activităţilor agreabile şi nivelului relaxării;
- Alcătuirea unei liste de situaţii în care clientul ar dori să se comporte mai asertiv;
- Practicarea zilnică a unor exerciţii de imaginaţie dirijată cu conţinut asertiv, în starea de relaxare, timp de 15 minute.

Şedinţa 10

Are drept obiectiv punerea în practică a comportamentului asertiv în timpul realizării unor activităţi cu conţinut agreabil. Clientul va evalua măsura în care se angajează în aceste activităţi agreabile, care presupun interacţiuni cu alte persoane, şi va elabora un plan de creştere a frecvenţei acestora.

Sarcinile pentru acasă:

- Continuarea monitorizării dispoziţiei, a nivelului de relaxare şi activităţilor agreabile;
- Exersarea comportamentului asertiv în situaţii psihosociale reale;
- Elaborarea de planuri pentru creşterea frecvenţei interacţiunilor sociale plăcute;
- Practicarea relaxării acasă şi în situaţii de viaţă specifice.

Ședința 11

Este dedicată elaborării unui plan de menținere a achizițiilor obținute în timpul terapiei. Clientul va trece în revistă cele învățate, își va autoevalua periodic nivelul depresiei, pentru a-i identifica primele semne precoce, și va învăța de asemenea să realizeze o detectare precoce a factorilor stresanți care pot facilita apariția depresiei.

Sarcinile pentru acasă:

- Continuarea monitorizării dispoziției și frecvenței activităților agreabile;
- Practicarea relaxării acasă și în situații cotidiene;
- Continuarea practicării exercițiilor de restructurare cognitivă;
- Completarea periodică a chestionarului de depresie Beck (BDI);
- Stabilirea unor priorități în funcție de derularea evenimentelor externe;
- Elaborarea unui plan de urgență care îl va ajuta pe client să anticipeze și să gestioneze anumite situații stresante care pot să apară în viitor.

Ședința 12 — încheiere

Obiectivul acestei ședințe este elaborarea unui plan general de viață care să contribuie la consolidarea achizițiilor obținute și să ajute la prevenirea unor noi episoade depresive. Clientul va fi ajutat să realizeze planuri pentru viitor, care să includă obiective individuale și interpersonale. Se va lucra asupra construirii așa-numitei „gândiri preventive", care va consta din elaborarea unor atitudini constructive față de viață.

II
Aplicații ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată

2.1. Psihoterapia de scurtă durată în cazul tulburării anxioase generalizate

Newman (2000) este de părere că terapia cognitiv-comportamentală a tulburării anxioase generalizate pornește de la ipoteza conform căreia îngrijorările reprezintă rezultatul interacțiunii dintre factorii cognitivi, comportamentali și fiziologici ai anxietății, care depotențează reciproc sub forma unei spirale. Din acest motiv, demersul terapeutic eficient urmărește să ajute clientul să acționeze asupra semnalelor precoce ale anxietății înainte ca aceasta să atingă intensitatea maximă. Detectarea acestor semnale precoce îl va învăța pe client să destructureze deprinderea condiționată de a transforma anumiți stimuli interni sau externi în declanșatori ai anxietății.

De asemenea, clientul va reuși astfel să oprească „bulgărele de zăpadă" al anxietății care, pe „măsură ce se rostogolește, devine tot mai mare".

Strategiile utilizate în cazul tulburării anxioase

Intervenția terapeutică în cazul tulburării anxioase generalizate cuprinde restructurare cognitivă, tehnici de relaxare și desensibilizare controlată față de cognițiile, senzațiile și comportamentele declanșatoare ale anxietății.

Restructurarea cognitivă este menită să ajute clientul să înțeleagă faptul că maniera de interpretare, şi nu situația în sine generează reacția anxioasă. Subiecții care suferă de această tulburare au tendința de a interpreta situațiile cu caracter ambiguu ca fiind periculoase. Aceştia sunt convinşi în acelaşi timp de faptul că îngrijorările lor exagerate le sunt utile pentru că le menţin starea de vigilență față de posibile pericole. Relaxarea musculară, tehnicile de respirație abdominală controlată, precum şi cele de imaginație dirijată către un eveniment pozitiv vor avea, la rândul lor, un efect benefic asupra comportamentelor neurovegetative ale anxietății.

În acelaşi timp, desensibilizarea controlată în plan imaginativ va ajuta clientul să se familiarizeze cu declanşatorii discreți ai reacției anxioase (de pildă, imaginile de la locul de muncă pot evoca anxietatea legată de presiunea timpului şi de faptul că subiectul nu-şi va putea îndeplini toate sarcinile de serviciu). Obiectivul acestei strategii (desensibilizarea) este să-l învețe pe client să rămână relaxat şi atunci când se confruntă cu imagini care în mod obişnuit funcționează ca declanşatori ai reacției anxioase.

Clientul va fi ajutat de către terapeut să stopeze şi comportamentele de evitare a situațiilor anxiogene. Spre exemplu, în cazul pacientului care evită să se mai uite la ştiri pentru că acestea îi provoacă anxietate, terapeutul îi va recomanda să le urmărească în continuare, explicându-i că nu ştirile îi declanşează anxietatea, ci modul de interpretare a acestora.

O strategie utilă în cazul clienților cu anxietate generalizată este şi focalizarea acestora asupra prezentului (să trăiască momentul „aici şi acum", şi nu să rememoreze situații periculoase din trecut sau să realizeze scenarii referitoare la posibile pericole sau dezastre care ar putea avea loc în viitor).

Studiu de caz

Maria, de profesie biolog, în vârstă de 26 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru îngrijorări excesive care „îi transformau viața într-un calvar". Aceste îngrijorări o determinau să evite orice situație care i-ar putea produce teamă (ştirile de la televizor, discuțiile despre accidente, îmbolnăviri, calamități). Clienta era permanent încordată, avea crize frecvente de plâns, insomnii, dispoziție tristă, prezenta scăderea capacității de concentrare a atenției şi a randamentului util (se afla în stagiul de pregătire a tezei de doctorat). Maria a afirmat faptul că

totdeauna a fost o persoană temătoare, dar în ultimul timp simptomele sale s-au accentuat odată cu admiterea ei la doctorat şi cu bursa de masterat în Olanda, primită de soţul ei. Clienta se temea că nu se va descurca singură în absenţa soţului, de faptul că îşi va pierde serviciul din cauza disponibilizărilor, dar şi de problemele de sănătate ale părinţilor.

Temerile se declanşau automat mai ales atunci când vorbea la telefon cu soţul, cu părinţii sau cu profesorul îndrumător de la facultate. Maria se temea şi de faptul că ar putea intra hoţii în casă, că s-ar putea îmbolnăvi de vreo boală gravă sau că ar putea da naştere în viitor unui copil bolnav sau handicapat. Clienta, diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată, considera că lumea este un loc periculos, observa cu atenţie ce se întâmplă în jur sau în interiorul organismului ei, gândindu-se permanent la posibile pericole din trecut, prezent sau viitor.

Maria îşi punea în permanenţă întrebări cu conţinut anxiogen („Ce va fi dacă mă voi îmbolnăvi de hepatită?"), declanşa comportamente de evitare (evita să atingă clanţa uşii sau butonul de la toaletă) şi trăia o serie de senzaţii fiziologice: tremor, supraîncordare musculară, transpiraţii abundente. Fiecare reacţie de acest tip atrăgea după sine o alta, stările emoţionale negative potenţându-se reciproc.

Îngrijorările permanente au devenit strategia adaptativă de bază pentru a evita pericolele potenţiale. Ori de câte ori evenimentul negativ nu se producea, se întărea convingerea clientei că îngrijorările sale au avut un efect benefic, de preîntâmpinare a acestuia. Mai precis Maria îşi formase convingerea că nu s-a îmbolnăvit pentru că şi-a făcut griji, declanşând astfel un fel de comportament de tip superstiţios conform căruia, dacă nu şi-ar fi făcut griji, evenimentul periculos s-ar fi produs.

Manualul Diagnostic şi Statistic (D.S.M.) al Asociaţiei Psihiatrilor Americani defineşte tulburarea anxioasă generalizată ca fiind o teamă exagerată şi necontrolabilă referitoare la producerea unei serii de evenimente sau acţiuni. Pentru a putea fi diagnosticată tulburarea, subiectul trebuie să se îngrijoreze în majoritatea timpului, acest lucru afectând funcţionarea normală a clientului şi creându-i acestuia un disconfort subiectiv major. Simptomele persoanei nu au drept cauză consumul de substanţe, o stare medicală patologică sau vreo altă tulburare psihică. Subiectul cu tulburare anxioasă generalizată mai prezintă trei până la şase dintre următoarele simptome: nelinişte psihomotorie, supraîncordare, hipervigilenţă, fatigabilitate, dificultăţi de concentrare a atenţiei, iritabilitate, tensiune musculară şi tulburări de somn. Tulburarea anxioasă generalizată este relativ dificil de diagnosticat, pentru că simptomele au un caracter cronic, majoritatea pacienţilor afirmând că au fost aşa dintotdeauna. Acestora le este dificil să sesizeze „impactul negativ pe care îl au îngrijorările asupra funcţionării cotidiene".

Clienta Maria a fost diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată şi fobie de contaminare.

Înainte de începerea terapiei, clientului i se explică faptul că anxietatea are un rol adaptativ atunci când este moderată şi se manifestă doar în unele situaţii, aceasta

devenind problematică doar atunci când este prea intensă și se manifestă excesiv de frecvent. Obiectivul tratamentului nu este înlăturarea totală a anxietății, ci învățarea clientului să o gestioneze și să o aducă la un nivel moderat. Un accent deosebit este pus pe temele pentru acasă, deoarece deprinderile de autocontrol al anxietății, ca orice alte deprinderi, trebuie exersate.

Tehnicile psihoterapeutice de scurtă durată aplicate sunt următoarele:

1. Detectarea precoce a semnalelor declanșatoare ale anxietății

Clienții vor fi învățați să-și monitorizeze nivelul anxietății (pe o scală de la 0 la 10 sau de la 0 la 100) și stimulii declanșatori ai acestuia.

Astfel, de pildă, pentru Maria funcționează ca stimuli declanșatori ai anxietății întrebările adresate de alte persoane: „Cum te descurci atâta timp ce soțul tău este plecat din țară?", „Când îți vei termina teza de doctorat?" etc.

2. Antrenamentul de relaxare

Clienta și-a însușit o tehnică de gimnastică respiratorie cu autosugestii. A fost utilizată respirația abdominală controlată pe ritm 1/2 (1 — respirație și 2 — expirație) sau cu formule sugestive de tipul: „Respir calm, dau afară teama din mine". Acest exercițiu va fi utilizat de către clientă ori de câte ori nivelul anxietății crește.

De asemenea, Maria și-a însușit și primele exerciții din cadrul antrenamentului autogen Schultz. Odată obținută starea de relaxare fizică și psihică, clienta își va spune în gând că „teama părăsește corpul", vizualizând în același timp, în maniera sa personală, rând pe rând, modul în care încordarea dispare și starea de liniște care se instalează.

În același timp, Maria va trebui să se imagineze pe sine aflându-se într-un loc plăcut, unde se simte foarte bine, în deplină siguranță (pe plajă, pe malul unui râu, la munte etc.). Exercițiul de imaginație dirijată va trebui să facă apel la toate modalitățile senzoriale: vizuală („vede cu ochii minții"), auditivă („își spune în gând") și kinestezică (simte adierea vântului, atingerea ierbii etc.).

3. Restructurarea cognitivă

Maria a fost instruită să sesizeze relația dintre stările anxioase și gândurile negative care îi apar în minte („Dacă nu voi reuși să-mi termin doctoratul?", „Dacă se va îmbolnăvi mama?", „Dacă nu mă voi putea descurc singură cât timp soțul meu este plecat din țară?" etc.).

Au fost identificate și convingerile disfuncționale de bază cu caracter anxiogen: „Așteaptă-te la ceea ce este mai rău și atunci vei fi pregătită să faci față", „Dacă mă relaxez atunci când ar trebui să mă îngrijorez, voi deveni vulnerabilă". Gândurile și convingerile disfuncționale, odată identificate, vor fi combătute prin metodele specifice terapiei cognitiv-comportamentale: vor fi sesizate distorsionările cognitive, se va aplica tehnica dialogului socratic și analiza costurilor și beneficiilor și vor fi înlocuite cu alte gânduri și convingeri mai raționale.

Maria era atât de convinsă de rolul benefic al îngrijorărilor, încât ignora costurile care se manifestau astfel: insomnie, anxietate cu caracter cronic, oboseală cronică, dispoziție depresivă și dificultăți de concentrare a atenției.

De asemenea, clienta a fost îndrumată să verifice veridicitatea convingerii negative: „Dacă te aştepţi la ceea ce este mai rău, vei fi pregătită", constatând faptul că majoritatea situaţiilor periculoase de care se temea nu se produceau de fapt. Mai mult, dacă un eveniment negativ era prevăzut corect, anxietatea şi simptomele asociate acesteia o împiedicau să-i facă faţă cu bine.

Pentru a verifica nivelul veridicităţii convingerii disfuncţionale „dacă nu te îngrijorezi, devii vulnerabilă", Mariei i s-a cerut să dea un exemplu de situaţie în care absenţa îngrijorării i-a accentuat nivelul de vulnerabilitate. Clienta a afirmat faptul că îngrijorările legate de o posibilă îmbolnăvire o fac să fie mai vigilentă faţă de posibilitatea de a se contamina. Terapeutul i-a adus contraargumente afirmând că anxietatea nu creşte vigilenţa, ci, dimpotrivă, scade capacitatea de concentrare a atenţiei. Clientei i s-a cerut, de asemenea, să verifice teoria conform căreia, atunci când nu a fost vigilentă, s-a îmbolnăvit. Maria s-a amuzat afirmând că de-a lungul întregii sale vieţi s-a îmbolnăvit de mai multe ori, deşi şi-a luat toate măsurile de precauţie.

Maria a fost învăţată să abordeze toate gândurile şi imaginile cu conţinut anxiogen ca pe nişte ipoteze de lucru, al căror grad de veridicitate trebuie verificat prin aducerea unor argumente pro şi contra. Aceste gânduri şi convingeri negative disfuncţionale au fost înlocuite cu altele, cu caracter realist, elaborate de clientă împreună cu terapeutul. Clienta a primit şi sarcina de a realiza mici experimente în sfera comportamentală. Astfel, ea a trebuit să verifice convingerea conform căreia îngrijorările pot avea un efect pozitiv, hotărând să nu se îngrijoreze în mod deliberat o anumită perioadă, observând dacă funcţionarea psihică este mai bună sau mai rea.

O problemă importantă de care trebuie să ţină seama clientul care suferă de această tulburare este că nu-i de ajuns să identifice una sau două afirmaţii nespecifice cu caracter raţional, care să fie valabile pentru contracararea tuturor gândurilor negative anxiogene („Voi putea face faţă situaţiei", „Voi fi bine" etc.), ci câte un gând alternativ, raţional, pentru fiecare gând negativ concret.

4. Tehnica expunerii în plan imaginativ

Aflată în stare de relaxare, clienta va fi instruită să-şi imagineze diverse declanşatoare ale anxietăţii (de pildă, să-şi imagineze faptul că se întâlneşte cu o prietenă care o întreabă cum se descurcă în timp ce soţul este plecat din ţară). Scena trebuie menţionată pe ecranul mental până când anxietatea creşte suficient de mult, situaţie în care clienta va atenţiona terapeutul prin intermediul unui semnal stabilit înainte de începerea exerciţiului de relaxare (de pildă, ridicarea degetului arătător drept). În acel moment, imaginea va fi înlocuită cu una în care teama o părăseşte, clienta aflându-se într-un loc plăcut, sigur. După ce nivelul anxietăţii s-a redus, clienta îşi va imagina faptul că face faţă situaţiei iniţiale rămânând calmă şi relaxată (20 de secunde). Se revine apoi la imaginarea scenei relaxante (20 de secunde).

Și în cazul tulburării anxioase generalizate este necesar un demers de prevenire a recăderilor. Acestea se produc mai ales atunci când această afecțiune este asociată cu alte tulburări emoționale sau în cazul în care clientul nu urmează cu regularitate procedurile cognitiv-comportamentale. În acest ultim caz se recomandă reluarea terapiei în vederea recapitulării tehnicilor deja învățate. Același lucru este valabil și atunci când clientul traversează o perioadă deosebit de stresantă.

2.2. Psihoterapia de scurtă durată în cazul atacurilor de panică

Tsao și Craske (2000) subliniază faptul că atacurile de panică reprezintă episoade de frică puternică, acompaniate de cel puțin patru sau mai multe simptome fizice și cognitive cum ar fi: palpitații, dureri/disconfort în zona toracică, respirație accelerată, amețeli, depersonalizare și teamă de moarte sau de pierderea autocontrolului. Simptomele apar brusc și ating intensitatea maximă în aproximativ 10 minute (D.S.M. IV TR.). Atacurile de panică pot să apară pe fondul unei mari varietăți de tulburări anxioase, diagnosticul de tulburare de tip atac de panică putând fi atribuit numai atunci când aceste atacuri au un caracter recurent, apar brusc și sunt urmate de cel puțin o lună de zile în care clientul se îngrijorează de faptul că ar putea să mai apară un atac, sau atunci când se constată modificări semnificative ale comportamentului în urma acestor atacuri.

Atacurile de panică sunt considerate neașteptate în cazul în care nu se asociază cu anumiți declanșatori situaționali (apar „din senin"). Clienții care suferă de atacuri de panică pot însă avea uneori astfel de atacuri și atunci când se confruntă cu anumite situații declanșatoare. Atacurile de panică pot să fie sau să nu fie însoțite de agorafobie, care se referă la teama subiectului de a se afla în locuri sau situații din care ieșirea ar putea fi dificilă sau jenantă, sau în care nu pot apela la un ajutor în cazul apariției unui atac de panică. Astfel de situații sunt evitate sau suportate cu mare dificultate de către client și se referă la locuri aglomerate, mall, sală de cinematograf, așteptarea la coadă, călătoria cu metroul sau cu alte mijloace de transport în comun sau orice loc din afara casei.

Comportamentul de evitare al agorafobicului poate fi uşor, moderat sau sever. Astfel, de pildă, un subiect cu agorafobie moderată va evita să şofeze pe distanţe lungi, dar va reuşi să facă acest lucru de acasă până la serviciu, va conduce maşina doar atunci când este însoţit şi va evita mallurile sau pieţele aglomerate. Clienţii cu agorafobie severă nu părăsesc aproape niciodată locuinţa. Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru atacurile de panică simple sau însoţite de agorafobie s-a dezvoltat între anii 1980 şi 1990 şi are la bază modelul biopsihosocial al atacurilor de panică (Barlow, 1988). Conform acestui model, primul atac de panică este considerat ca o alarmă falsă care poate să apară la indivizi vulnerabili în condiţii de stres. Aceşti subiecţi posedă o tendinţă genetică de hiperreactivitate neurofiziologică în situaţii stresante. Această hiperreactivitate neurofiziologică interacţionează cu o vulnerabilitate de natură psihologică, reprezentată de un set de convingeri disfuncţionale referitoare la anumite senzaţii corporale („Dacă am palpitaţii înseamnă că voi face un atac de cord") sau la maniera de a se comporta în lume („Nu am control asupra corpului meu").

Aceste concepte referitoare la hipersensibilitatea de tip anxios (Reiss *et al.*, 1986) şi lipsa de autocontrol (Barlow, 1998) sunt specifice schemei cognitive a atacului de panică şi agorafobiei: conform acestui model, o alarmă falsă apărută la un subiect vulnerabil poate conduce la o asociere între stimulii externi şi senzaţiile specifice atacului de panică. Astfel, un subiect care a avut la un moment dat tahicardie şi retrăieşte aceeaşi senzaţie atunci când face exerciţii de gimnastică va considera că îşi va putea declanşa un atac de panică atunci când face sport. Drept consecinţă a primului atac de panică, subiectul predispus va dezvolta o hipervigilenţă în raport cu stimulii proveniţi din interiorul organismului său.

Stimulii exteriori prezenţi în momentul atacului de panică pot fi la rândul lor asociaţi cu producerea acestuia, conducând la evitarea de tip agorafobie. Atât declanşatorii interni, cât şi cei externi pot să fie generalizaţi în decursul timpului, conducând la evitarea unei game largi de situaţii.

Aşa cum am mai subliniat, subiecţii vulnerabili dezvoltă o aprehensiune anxioasă legată de producerea unui nou atac de panică, deoarece consideră senzaţiile corporale specifice activării ca fiind periculoase. Din acest motiv, o activare neurovegetativă accidentală va genera teama, care la rândul ei va activa senzaţiile fiziologice

specifice fricii, fapt ce va intensifica frica, formându-se un cerc vicios. Deoarece primele senzaţii fiziologice pot să nu fie evidente, individul va percepe atacul de panică ca „apărând din senin" (Barlow, 1988).

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se adresează atât comportamentelor fiziologice, cât şi celor cognitive specifice atacului de panică şi evitării de tip agorafobic. Terapia durează între 8 şi 12 săptămâni şi aproximativ 75% dintre pacienţi obţin beneficii de pe urma acesteia (Craske, 1999).

Acest tip de psihoterapie a fost utilizat şi în cazul atacurilor de panică nocturne, când subiectul se trezeşte brusc din senin în plin atac de panică, fără să fi avut vreun coşmar, să se fi produs vreun zgomot puternic sau alte evenimente care să-i perturbe somnul. Simptomatologia atacurilor de panică nocturne este similară cu cea a atacurilor de panică diurne şi apare la aproximativ 40% dintre clienţii care suferă de atacuri de panică asociate sau nu cu agorafobie. Diagnosticarea atacului de panică însoţit sau nu de agorafobie se realizează cu ajutorul Interviului pentru tulburări anxioase bazat pe manualul D.S.M. IV (Brown *et al.*, 1994).

Autoevaluarea realizată de client în prima şedinţă de psihoterapie este de asemenea utilă şi se referă la frecvenţa, durata, contextul situaţional şi simptomatologia fiecărui atac de panică, precum şi la nivelul general al anxietăţii din timpul zilei, preocupările clientului referitoare la posibilitatea declanşării unui nou atac de panică şi medicaţia administrată. Această autoevaluare trebuie să continue pe parcursul întregului demers psihoterapeutic.

Se utilizează şi testele comportamentale, în cadrul cărora clientul este învăţat să-şi monitorizeze nivelul anxietăţii şi al simptomelor fiziologice în diverse situaţii de viaţă (să meargă la cumpărături într-un magazin mare, să stea într-o sală de cinematograf, să se deplaseze cu metroul etc.).

Studiu de caz

Mihai, un economist în vârstă de 42 de ani, a trăit primul său atac de panică atunci când se afla la Predeal şi a făcut o ascensiune uşoară pe munte într-o zi călduroasă de vară. Simptomele au fost următoarele: palpitaţii, dureri în zona toracică, respiraţie accelerată, ameţeli şi teama că va muri. Clientul s-a întors la maşină şi soţia l-a dus la camera de gardă a celui mai apropiat spital. Aici clientului i s-au administrat sedative şi i s-a comunicat că nu există nicio cauză

organică pentru simptomele sale. După acest episod, Mihai a început să aibă 3-4 atacuri puternice și 9-10 atacuri ușoare de panică în fiecare lună.
Înainte de declanșarea primului atac de panică, Mihai fusese trecut pe lista de disponibilizări a firmei și avusese neînțelegeri cu soția. Episoadele ulterioare au debutat cu o presiune puternică în zona toracelui și tahicardie și se declanșau în momentul în care practica exerciții fizice, se afla în locuri aglomerate, conducea mașina pe distanțe lungi, în afara localității, când se afla afară în zile călduroase de vară sau când se simțea stresat, gândindu-se să participe la interviuri de ocupare a unui nou loc de muncă.
Atacurile de panică i-au schimbat viața, făcându-l să renunțe la activități care înainte îi făceau plăcere: mersul la munte, călătoriile cu mașina sau exercițiile fizice. Clientul a constatat de asemenea, o scădere a capacității de concentrare a atenției, o dispoziție depresivă, aceasta din urmă împiedicându-l să-și găsească un nou serviciu. Teama că va face un nou atac de panică îi ocupa aproape în totalitate mintea, clientul gândindu-se permanent la modul în care va face față unui nou atac sau în care va părăsi de urgență locul în care s-ar putea afla.
În timpul atacului de panică, Mihai se oprea din orice activitate, se întorcea acasă și lua câte o tabletă de Xanax și una de calciu efervescent, singurele medicamente pe care le-a ales din rețeta prescrisă de medicul de familie. În ciuda acestei medicații, clientul continua să evite situațiile în care atacurile de panică ar putea apărea. Mihai s-a prezentat la psihoterapie, dar a continuat să ia Xanax și calciu.
Psihoterapia individuală a durat 20 de ședințe, desfășurate la început de două ori pe săptămână, apoi săptămânal.
Ședințele inițiale au fost dedicate evaluării clientului și explicării naturii simptomelor anxietății și panicii, până când Mihai a înțeles că acestea sunt total lipsite de pericol. În continuare, clientul a învățat un exercițiu de respirație controlată (respirație abdominală pe ritmul 1/2, inspirație, expirație) care l-au ajutat să-și controleze simptomele fiziologice. Apoi, clientul a fost învățat să identifice și să combată gândurile negative automate referitoare la caracterul periculos al simptomelor fiziologice specifice atacului de panică și să le substituie cu unele mai raționale, realiste.
A fost utilizată și tehnica desensibilizării sistematice în plan real (in vivo) și imaginativ (în stare de relaxare), pentru ca subiectul să se confrunte și să se familiarizeze cu situațiile anxiogene (să călătorească cu mașina pe distanțe tot mai lungi, să meargă în magazine aglomerate, să alerge în zile călduroase de vară) utilizând exercițiile de relaxare, respirație controlată și restructurare cognitivă, pentru a face față respectivelor situații controlându-și simptomele.

Psihoterapia atacurilor de panică și agorafobiei poate avea loc individual sau în grupuri de patru până la șase participanți. Ședințele de psihoterapie sunt foarte bine structurate și focalizate asupra

simptomelor curente şi gândurilor negative disfuncţionale asociate cu acestea. Temele pentru acasă reprezintă o componentă importantă a psihoterapiei, iar trăirile clientului, precum şi progresele acestuia sunt atent monitorizate.

Aşa cum am mai subliniat la prezentarea cazului clinic, psihoterapia debutează cu explicaţii referitoare la natura anxietăţii şi panicii. Clientul este informat în legătură cu faptul că frica reprezintă o trăire normală, specifică reacţiei de „fugă sau luptă" din lumea animală, reacţie care se declanşează la apariţia unui stimul ameninţător. Bazele fiziologice ale simptomelor atacului de panică sunt explicate în detaliu (de pildă, accelerarea bătăilor inimii este necesară pentru a pompa mai mult sânge la nivelul membrelor, pentru ca animalul să poată fugi mai repede).

Miturile referitoare la anxietate sunt discutate şi demontate („prea multă anxietate conduce la epuizarea sistemului nervos"). Terapeutul îi va explica subiectului natura adaptativă a reacţiei de „fugă sau luptă", reacţie care este necesară supravieţuirii în lumea animală sau a omului primitiv. Este subliniat faptul că obiectivul tratamentului psihoterapeutic nu este eliminarea anxietăţii, ci formarea unor mecanisme autoreglatoare de gestionare a formelor extreme ale acesteia. I se explică subiectului şi faptul că reacţia anxioasă de tip panică depinde de ce anume simte, gândeşte şi face persoana în cauză.

I se prezintă clientului modelul reacţiei de panică, subliniindu-se rolul cogniţiilor şi comportamentului în apariţia şi menţinerea simptomelor atacului de panică. Anxietatea de intensitate patologică este descrisă ca o reacţie care poate fi declanşată de stimuli sau în momente nepotrivite şi care conduce la apariţia unor simptome foarte puternice, dar total lipsite de un pericol real. Atunci când clientul nu identifică stimuli exteriori care ar putea explica prezenţa anxietăţii, el îşi îndreaptă atenţia spre interiorul corpului, interpretând eronat anumite reacţii fiziologice („Dacă inima mea bate mai puternic, voi face un atac de cord şi voi muri"). Aceste interpretări eronate conduc, la rândul lor, la amplificarea simptomelor fiziologice, fapt ce nu face decât să confirme supoziţiile false ale subiectului, în plan comportamental apărând reacţia de fugă din locul în care se afla clientul la momentul declanşării atacului de panică. Terapeutul va insista asupra faptului că simptomele anxietăţii sunt normale şi au caracter limitat în timp, acesta fiind punctul de la care se începe procesul de restructurare cognitivă.

Tehnicile respiratorii sunt introduse în continuare având ca obiectiv să demonstreze clientului faptul că simptomele specifice hiperventilației sunt asemănătoare celor din cadrul unui atac de panică.

Pentru a demonstra acest lucru, Mihai a fost solicitat să respire profund şi rapid odată cu ridicarea şi coborârea umerilor timp de 90 de secunde în cabinetul de psihoterapie şi să compare simptomele cu cele pe care le trăieşte în timpul atacului de panică. Clientul a confirmat asemănarea, dar a subliniat faptul că anxietatea lipseşte deoarece se simte în siguranță în cabinet.

Terapeutul îi va explica subiectului faptul că un proces de hiperventilație se poate declanşa în mod spontan, fără ca acesta să conştientizeze ceea ce se petrece, în situațiile de stres, când organismul face eforturi de a spori aportul de oxigen. Procesul fiziologic de hiperventilație este descris în detaliu. Astfel, dacă organismul va primi şi utiliza mai mult oxigen, dezechilibrul dintre oxigen şi bioxid de carbon din sânge conduce la o vasoconstricție şi reducerea cantității de oxigen la nivelul țesuturilor, ceea ce poate declanşa o senzație de ameteală, irealitate sau furnicături la nivelul extremităților. Lipsa de nocivitate a unor astfel de senzații este subliniată de către psihoterapeut.

Clientul va învăța apoi o tehnică de gimnastică respiratorie, pentru a contracara procesul de hiperventilație spontană. Acesta va consta, aşa cum am arătat mai sus, în exersarea respirației abdominale realizate la nivelul diafragmului. Subiectul va pune accent pe expirație, care se va produce prin coborârea diafragmului, expirație care va fi mai lungă decât inspirația (ritm: 2 – expirație, 1 – inspirație). Exercițiul de respirație va cuprinde şi autosugestii de tipul: „Inspir calm, dau afară toată teama din mine" etc. Clientul va învăța respirația controlată în cabinetul de psihoterapie şi va fi instruit să o practice acasă de două ori pe zi, timp de câte 10 minute şi apoi în fazele incipiente ale declanşării atacului de panică.

Partea cea mai importantă a psihoterapiei o reprezintă restructurarea cognitivă. Gândurile negative referitoare la caracterul periculos al senzațiilor fiziologice au un caracter automat şi involuntar, având drept rezultat imediat comportamente de fugă din locul în care se află subiectul sau căutare de sprijin (caută un loc în care să se aşeze). Aceste gânduri negative anxiogene pot varia în funcție de situație. Astfel, la clientul Mihai, gândurile referitoare la teama de moarte se declanşează mai ales atunci când este singur, în timp ce

unele referitoare la faptul că se va face de râs apar mai frecvent în situaţii psihosociale.

Identificarea gândurilor negative automate specifice fiecărui atac de panică necesită o interogare foarte atentă din partea psihoterapeutului. Odată identificate, acestea vor fi definite fie cu supraevaluări ale unor posibile pericole sau „catastrofizări" (evenimentele pe care le anticipează subiectul vor lua proporţii catastrofale). În continuare, clientul este învăţat să testeze gândul de veridicitate al unor astfel de gânduri prin întrebări de tipul următor: „Care este dovada că acel eveniment se va produce?", „Ce probabilitate există să faci atac de cord?", „Ce catastrofă se va produce dacă vei leşina cu adevărat?" etc.

Va fi utilizată şi tehnica expunerii la senzaţiile interoceptive, pentru a destructura legătura condiţionată dintre acestea şi reacţiile de panică. Mihai a practicat în timpul şedinţei de psihoterapie exerciţii de hiperventilaţie şi apnee voluntară (reţinerea respiraţiei), acestea fiind realizate până când nivelul anxietăţii produs de ele s-a redus complet. Pe parcursul exerciţiilor respective, clientul a fost instruit să tolereze anxietatea, pentru a se convinge de faptul că efectele negative anticipate nu se produc (nu leşină, nu înnebuneşte, nu îşi pierde autocontrolul). Odată însuşite, aceste exerciţii vor fi practicate şi individual acasă, de trei ori pe săptămână.

În cazul clienţilor care manifestă comportamente de evitare de tip agorafobic, va fi utilizată şi expunerea în plan real şi imaginativ (în stare de relaxare) la situaţii anxiogene, ierarhizate pe o scală gradată de la cea mai puţin anxiogenă până la cea mai anxiogenă (să meargă la cumpărături într-un magazin aglomerat, să rămână un timp într-o sală de cinematograf, să conducă maşina în afara localităţii). Clientul este instruit ca şi în timpul exerciţiilor de expunere să identifice gândurile negative, disfuncţionale şi să le înlocuiască cu unele alternative, realiste. De asemenea, în timpul expunerii în plan real (*in vivo*) vor fi utilizate exerciţii de respiraţie abdominală controlată pentru stoparea atacurilor de panică într-o fază incipientă. Vor fi identificate şi stopate strategiile dezadaptative de a face faţă atacurilor de panică (utilizarea telefonului mobil pentru a cere ajutor, tehnici de distragere a atenţiei, utilizarea de medicamente tranchilizante).

În cazul atacurilor de panică nocturne, clientului i se explică faptul că supraactivarea fiziologică din timpul somnului poate fi

generată de o serie de factori stresanți care au acționat în timpul zilei, de o respirație defectuoasă, de modificări psihofiziologice spontane care au loc în timpul somnului sau de anxietatea anticipatorie dinaintea acestuia. La fel ca în cazul atacurilor de panică din timpul zilei, se subliniază faptul că interpretarea eronată a unor astfel de senzații generează și menține atacul de panică. Sunt combătute și înlocuite gândurile negative disfuncționale, referitoare la faptul că anumite senzații fiziologice cum ar fi, de pildă, pulsul accelerat sunt mai periculoase în timpul somnului decât în stare de veghe. Pentru clienții care suferă de atacuri de panică nocturne este necesară și stabilirea unor rutine precise în ceea ce privește starea de somn sau veghe.

Exercițiile de respirație abdominală controlată vor fi practicate atât imediat înainte ca subiectul să adoarmă, cât și atunci când se trezește din somn și declanșează atacul de panică. De asemenea, acești clienți vor fi instruiți să practice relaxarea de două ori pe zi, unul dintre exerciții fiind realizat înainte de culcare. În cazul în care clienții cu atacuri de panică suferă și de o formă de depresie ușoară sau moderată, lipsă de motivație sau dificultăți de concentrare și atenție, efectele terapiei vor fi mai reduse și vor fi vizibile după un număr mai mare de ședințe, adesea cu un tratament psihiatric suplimentar. Totodată, atragem atenția că este obligatorie instituirea tratamentului medicamentos în cazul depresiei majore, când subiectul manifestă lipsă de speranță și idei suicidare.

Prezența unor tulburări de personalitate nu reprezintă în sine o contraindicație pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală, dar, așa cum arătam mai sus, prezența unei astfel de patologii prelungește și complică tratamentul (acești subiecți pot fi unori excesiv de solicitanți și demonstrativi în relația cu terapeutul, pot vorbi prea mult despre problemele lor sau, dimpotrivă, pot avea serioase dificultăți de comunicare).

Medicația psihiatrică administrată poate, la rândul ei, interfera cu demersul psihoterapeutic deoarece tranchilizantele reduc simptomele fiziologice și scad astfel eficiența exercițiilor de expunere, deoarece clienții vor pune eventualele ameliorări pe seama medicației, și nu pe cea a eforturilor personale. În astfel de situații, apare un risc ridicat de recădere la stoparea medicației psihiatrice întrucât clientul nutrește convingerea că nu se poate descurca fără medicamente.

O strategie importantă, care dă rezultate pozitive pentru prevenirea recăderilor, este realizarea ultimelor ședințe de psihoterapie la intervale mai mari de timp (10 zile, două săptămâni, lunar). De asemenea, clienților li se permite să mențină un contact telefonic cu psihoterapeutul, căruia trebuie să i se adreseze în cazul în care apare un eveniment stresant sau se anticipează apariția acestuia. Este recomandată și practicarea independentă a automonitorizării stărilor afective, a relaxării și exercițiilor de respirație controlată.

2.3. Psihoterapia de scurtă durată în cazul tulburării obsesiv-compulsive

Ralph Turner, Belinda Bernett și Kathryn Karshin (2000) precizează faptul că, în cazul tulburării obsesiv-compulsive, conceptualizarea cazului își are originile în teoria lui Mower (1960) cu privire la învățarea evitantă. Prin intermediul mecanismului condiționării, stimulul neutru devine unul condiționat, care atrage după sine o reacție anxioasă. În felul acesta, imagini, gânduri sau cuvinte neutre încep să evoce anxietate, care devine tot mai puternică și mai perturbatoare pentru subiect. În etapa a doua clientul începe să pună în funcțiune mecanisme pentru a reduce sau a se elibera de anxietate. În cazul clienților cu tulburare obsesiv-compulsivă, aceste mecanisme vor genera comportamentele ritualiste sau compulsive. Reducerea anxietății și a disconfortului ca efect al acestor comportamente va servi drept învățare a modelului de gândire obsesivă, precum și a comportamentului ritualizat. În felul acesta, actele compulsive vor deveni modalități de evitare, în vederea reducerii anxietății la un nivel tolerabil.

Pornind de la această conceptualizare, terapia va implica expunerea clientului la stimulii generatori de anxietate (obsesii) pentru o perioadă extinsă, odată cu stoparea comportamentelor de evitare (compulsii). În urma unor expuneri succesive și prelungite, se produce un fenomen de habituare ce are drept rezultat reducerea anxietății care apărea în cazul în care clientul nu-și ducea la îndeplinire ritualul. Ideea de bază a tratamentului constă în aceea că

ritualurile compensatorii nu vor mai fi necesare dacă obsesiile nu mai creează un disconfort major.

Unele studii clinice au evidențiat faptul că aproximativ 70% dintre clienții tratați prin intermediul metodei expunerii și stopării comportamentului ritualist au obținut progrese însemnate (Steketer, 1993). Cu toate acestea, după cum se poate constata, există un procent de clienți cu tulburare obsesiv-compulsivă care nu obțin beneficii de pe urma acestei abordări. Din acest motiv, demersul psihoterapeutic devine mult mai eficient dacă expunerea prelungită odată cu stoparea comportamentului compulsiv vor fi asociate cu modificarea atitudinilor și convingerilor clienților, precum și a schemei cognitive conform căreia lumea este un loc periculos în general, iar obsesiile particulare ale clienților sunt la rândul lor periculoase.

Salkovskis (1985) a elaborat, la rândul său, un model cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive conform căruia gândurile, imaginile și tendințele impulsive conduc la anxietate atunci când sunt însoțite de gânduri negative automate legate de faptul că subiectul și-ar putea face rău lui însuși sau celorlalți. Aceste gânduri negative automate îi determină pe clienții care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă să întreprindă acțiuni care să-i elibereze de culpabilitate sau de blamarea venită de la cei din jur.

Eforturile subiectului de neutralizare a obsesiilor sunt îndreptate în direcția reducerii anxietății generale generate de teama față de consecințele respectivelor obsesii. În felul acesta, ritualurile capătă caracterul unor mecanisme de adaptare și sunt menținute prin intermediul întăririi negative. Strategiile cognitive pot fi utilizate pentru a-l convinge pe client să se angajeze în experimente în plan comportamental, pentru a determina obsesiile să fie mai puțin terifiante și mai accesibile intervenției terapeutice, pentru creșterea complianței la psihoterapie, dar și pentru modificarea atitudinilor disfuncționale și a schemelor cognitive de bază.

Studiu de caz

Andrei, un economist în vârstă de 37 de ani, căsătorit, suferea de ruminații cu caracter obsesiv de mai mulți ani. Clientul rumina obsesiv gândul că a produs un accident atunci când mergea cu mașina la serviciu sau acasă și se întorcea de mai multe ori la locul unde credea că ar fi putut avea loc accidentul. Aceste întoarceri îi consumau aproximativ două-trei ore, ceea ce îl făcea să aibă probleme cu

întârzierile la serviciu. Pentru a evita sancțiunile repetate, Andrei obișnuia să plece de acasă la ora 5 dimineața, pentru a ajunge la firmă la ora 9. Soția clientului era foarte supărată și pentru faptul că acesta întârzia foarte mult când trebuia să ajungă acasă, amenințându-l cu divorțul dacă nu își rezolvă problema.

Gândurile negative pe care le nutrea clientul se refereau la faptul că le-ar putea face rău celorlalți, prin intermediul gândurilor sau acțiunilor sale, și din acest motiv se afla permanent în gardă. Clientul a afirmat că astfel de gânduri îi ocupau aproximativ 60% din timp, împiedicându-l să interacționeze adecvat cu ceilalți. Printre acțiunile sale cu caracter ritualic se numărau, în afară de întoarcerea din drum, verificarea faptului că a încuiat ușa, a stins aragazul, lumina, precum și telefoane repetate date persoanelor cu care se întâlnise de curând, pentru a verifica dacă acestea se simt bine.

Andrei a relatat faptul că temerile sale datau din adolescență când intra adesea în conflict cu tatăl său alcoolic și abuziv, pentru a-și apăra mama și sora mai mică. În cursul unui astfel de conflict, Andrei și-a lovit tatăl destul de tare și, începând cu acea perioadă, a avut fantezii legate de faptul că ar putea face rău cuiva.

În momentul prezentării la cabinetul de psihoterapie, clientul se afla în tratament psihiatric cu antidepresive și anxiolitice care l-au determinat să-și controleze mai bine stările emoționale, dar care nu au redus obsesiile și comportamentele compulsive, cu caracter ritualic.

Demersul psihoterapeutic s-a bazat pe tehnica expunerii și blocării comportamentelor compulsive în plan real (in vivo) și în plan imaginativ. A fost utilizată o tehnică terapeutică intensivă — trei ședințe pe săptămână și de scurtă durată — trei săptămâni. O ședință de psihoterapie a durat aproximativ două ore. Structura unei ședințe a fost următoarea (Turner, Barnett și Korsleing, 2000, p. 125):

— verificarea modului de îndeplinire a sarcinilor pentru acasă;

— modificarea ierarhiei obiectivelor prioritare (dacă este cazul) în funcție de rezultatul temelor pentru acasă;

— expunerea și blocarea reacțiilor (comportamentelor compulsive) în plan imaginativ;

— expunerea și blocarea reacțiilor în plan real (acestea au fost realizate de noi exclusiv în cadrul temelor pentru acasă, spre deosebire de autorii modelului, care aplicau această strategie și în timpul ședinței de psihoterapie);

— stabilirea unor noi sarcini pentru acasă.

Clientului i s-a explicat faptul că tratamentul nu va fi nici facil, nici agreabil și s-a administrat următorul instructaj: „În cadrul programului de psihoterapie ne vom concentra asupra obsesiilor tale, precum și asupra comportamentelor compulsive (de verificare). Vei fi solicitat să te expui situațiilor pe care le consideri periculoase fără a avea voie să declanșezi ritualurile sau gândurile care te-ar ajuta să te eliberezi de anxietate.

Motivul pentru care vom proceda astfel este acela că, dacă te vei confrunta cu situațiile care te sperie fără a declanșa comportamentele de evitare (ritualuri), vei

constata că acele consecinţe catastrofale de care te temi nu se vor produce. Vei observa, de asemenea, că anxietatea şi îngijorarea ta se vor reduce şi că ritualurile pe care le pui în acţiune nu mai sunt necesare.
Aşa cum am subliniat la început, acest demers nu va fi deloc plăcut pentru că, atunci când nu vei pune în acţiune ritualurile, anxietatea ta va creşte la început, dar această stare nu va dura mai mult de douăzeci de minute şi, dacă vei reuşi să rezişti, anxietatea se va reduce simţitor. În cazul în care nu vei reuşi să rămâi în situaţia anxiogenă, răspunsul condiţionat de tip ritualic se va accentua."
Deşi neîncrezător, Andrei a acceptat să se angajeze în demersul terapeutic, afirmând că „nimic nu ar putea fi mai rău decât ce simţea el acum". După încheierea celor trei săptămâni de terapie intensivă, şedinţele au fost programate o dată pe săptămână timp de două luni, apoi la o lună şi la trei luni, iar clientul a revenit pentru o reevalure la şase luni.
În realizarea sarcinilor pentru acasă a fost implicată şi soţia clientului, căreia i s-a explicat maniera în care lucrează terapia şi care a fost instruită să-l ajute în realizarea expunerii la situaţiile anxiogene (conducerea maşinii) fără să pună în acţiune comportamentele compulsive (să se întoarcă din drum pentru verificări). Margareta, soţia lui Andrei, a menţionat faptul că ea până atunci nu făcea altceva decât să întărească modul de comportare al soţului, asigurându-l că nu a făcut niciun accident. Ea a fost de acord să refuze să mai comenteze împreună cu Andrei obsesiile sale şi să-i mai pregătească micul dejun foarte devreme pentru a avea timp să ajungă la serviciu, deşi obişnuia să se întoarcă de mai multe ori din drum pentru a face verificări.
Ori de câte ori Andrei îi cerea asigurări, soţia trebuia să-i răspundă în mod stereotip astfel: „Înţeleg de ce îmi adresezi astfel de întrebări, dar vreau să te ajut să te simţi mai bine, aşa că nu îţi voi răspunde la întrebări. Să nu uiţi că ţin la tine şi te sprijin în ceea ce faci, pentru a scăpa de gândurile care te obsedează".
Clientul a învăţat o tehnică de relaxare (exerciţiile de greutate şi căldură din cadrul antrenamentului autogen Schultz). Începând cu a treia şedinţă de psihoterapie, a fost indusă hipnoza cu ajutorul tehnicii fixării privirii. Clientul a intrat destul de repede în transă medie. A fost alcătuită împreună cu clientul o ierarhie a situaţiilor anxiogene, de la cele mai puţin anxiogene (să oprească maşina fără să verifice dacă a încuiat uşa) până la cele mai anxiogene (să conducă până la locul de muncă). Aceste situaţii au fost repetate mental în transă hipnotică împreună cu terapeutul.

Aşa cum am subliniat mai sus, temele pentru acasă au constat în realizarea efectivă a sarcinilor din cadrul ierarhiei de situaţii anxiogene şi acest lucru s-a desfăşurat împreună cu soţia clientului. Înainte şi după confruntarea cu situaţia, Andrei era solicitat să evalueze nivelul anxietăţii pe o scală gradată de la 0 la 10, unde 0 a reprezentat starea de calm, iar 10, anxietate maximă.

Se trecea la următoarea situație anxiogenă doar atunci când nivelul anxietății scădea până la 2 sau 1.

Prezentăm în cele ce urmează, ierarhia situațiilor de expunere referitoare la conducerea autovehiculului, situații urmate de regulă de comportamente de verificare (după Turner, Barnett și Korslund, 2000, p. 130).

Situație	Disconfort
Conducere în trafic lejer	40
Conducere în trafic moderat	50
Conducere în trafic aglomerat	60
Blocat în trafic în timpul zilei, poate vedea mașina din spate în oglinda retrovizoare	70
Blocat în trafic în timpul zilei, nu vede manevrele celui din spate în oglinda retrovizoare	80
Blocat în trafic pe timp de noapte, nu vede semnalele celui din spate în oglinda retrovizoare	90

Consecințele posibile de care se temea clientul erau următoarele:

- Am să-l determin pe cel din spate să-și piardă controlul și să aibă un accident mortal;
- Am să-l determin pe cel din spate să aibă un accident grav;
- Am să-l determin pe cel din spate să aibă un accident ușor;
- Am să-l determin pe cel din spate să intre pe contrasens și să fie cât pe ce să facă un accident.

În timpul ședințelor de desensibilizare, clientul a fost instruit să conducă fără să se întoarcă din drum, deși reacțiile fiziologice se apropiau de intensitatea unui atac de panică.

Este necesar să subliniem faptul că *ritualurile mascate* desfășurate în plan mental sunt mai dificil de detectat de către terapeut, dar și de către pacientul însuși. În astfel de situații, terapeutul îi va solicita clientului să se concentreze asupra conținutului exercițiului de expunere, evitând ritualurile mentale de nerealizare. De asemenea, obsesiile și ritualurile cu conținut religios sunt mai rezistente la

psihoterapie şi, pentru a se evita eşecul acesteia, este de dorit să fie implicat în terapie şi un cleric, pentru a-l ajuta pe client să interpreteze corect doctrina religioasă.

Studiile clinice au evidenţiat faptul că aproximativ 20% dintre clienţii trataţi prin metoda expunerii şi stopării comportamentelor compulsive pot suferi recăderi (O'Sullivan şi Marks, 1990). Aceste recăderi sunt, de regulă, asociate cu evenimente psihotraumatizante sau/şi cu episoade depresive. Cea mai bună strategie în astfel de situaţii constă în informarea clienţilor în legătură cu aceste posibile recăderi, precum şi în învăţarea lor să detecteze cât mai rapid stimulii declanşatori ai unor astfel de recăderi. Clienţilor li se va explica şi faptul că revenirea la psihoterapie pentru o scurtă perioadă nu reprezintă un eşec al tratamentului psihologic. De asemenea, clienţii vor fi instruiţi să practice zilnic o formă de relaxare şi management al stresului, utilizând desensibilizarea în plan imaginativ ori de câte ori este nevoie.

2.4. Psihoterapia de scurtă durată în cazul tulburărilor somatoforme

Asaad (2000, p. 180) subliniază faptul că au fost emise numeroase ipoteze referitoare la explicarea conexiunii dintre psihic şi somatic. Este astăzi unanim acceptată teoria conform căreia conflictele de natură inconştientă stau la baza tulburărilor psihosomatice şi somatoforme. Acelaşi autor prezintă mai multe tipuri de afecţiuni care se încadrează în această categorie (Asaad, 2000, p. 180).

Tulburarea somatoformă se caracterizează prin aceea că simptomele somatice pe care le acuză clientul nu pot fi explicate prin intermediul unei afecţiuni medicale cunoscute. Clienţii se adresează frecvent unor cabinete medicale de specialitate, fac o serie de investigaţii şi analize de laborator pentru a descoperi cauza afecţiunii lor, dar fără niciun rezultat. Toate asigurările pe care le primesc nu sunt suficiente pentru a reduce teama lor că au o boală reală, clienţii respingând, de regulă, ideea unei cauze psihologice a bolii lor.

Tulburarea de somatizare se referă la prezența unor plângeri multiple și recurente referitoare la simptome fizice, în absența cauzelor fiziologice care le-ar putea explica. Spre deosebire de tulburarea somatoformă, tulburarea de somatizare se manifestă și la indivizi care suferă de o anumită afecțiune organică, dar intensitatea simptomelor este mult exagerată. Această tulburare apare la persoane tinere, sub 30 de ani, mai ales la femei, și îmbracă o formă cronică ce poate afecta funcționarea socială și ocupațională a persoanei.

Tulburarea conversivă se caracterizează prin prezența unor simptome care presupun un anumit deficit în plan motor sau senzorial, deficit care nu poate fi explicat prin rezultatele unor examinări medicale. Astfel de simptome se pot referi la paralizia isterică, cecitatea sau surditatea isterică sau la pseudoconvulsii, care mimează epilepsia. Tulburarea are o prevalență mai mare în rândurile populației feminine și în mediile cu nivel socioeconomic mai scăzut.

Tulburarea hipocondriacă se definește ca o preocupare excesivă însoțită de o teamă exagerată, cât și de credința de neclintit că persoana suferă de o boală gravă, incurabilă. Această credință are la bază interpretarea eronată a unor senzații sau simptome minore. Tulburarea se manifestă în egală măsură la femei și bărbați și tinde să îmbrace o formă cronică.

Tulburarea dismorfofobică se referă la preocuparea exagerată referitoare la înfățișarea clientului, bazată pe convingerea eronată că o anumită parte a corpului are un aspect dezagreabil sau deformat. Defectul este imaginat sau minor și este mult exagerat de client (D.S.M. IV-TR).

Preocuparea patologică poate să capete un caracter sever, poate crea un stres accentuat și poate interfera cu funcționarea normală în plan social și ocupațional a persoanei. Tulburarea debutează, de regulă, în adolescență și afectează în egală măsură ambele sexe. De Leon *et al.* (1989) subliniază faptul că această tulburare poate să apară uneori și la femeile aflate la menopauză.

Durerile psihogene pot să apară pe fondul tulburării somatoforme și se referă la durerile puternice care pot fi declanșate sau exacerbate de factori psihologici. Intensitatea durerii nu poate fi explicată pe baza afecțiunii somatice a clientului. Aceasta îi produce subiectului un stres puternic și perturbă funcționarea sa socială și ocupațională. Tulburarea poate să se instaleze la orice vârstă, poate fi de scurtă durată sau cronică și se întâlnește mai frecvent la populația feminină.

Etiologia tulburării somatoforme nu este pe deplin cunoscută. Kellner (1994, cit. Asaad, 2000, p. 181) se referă la factori genetici, psihiatrici, fiziologici, comportamentali sau de natură psihodinamică. În majoritatea cazurilor, avem de-a face cu o combinație a acestor factori. De asemenea, mulți clienți prezintă și alte simptome, cum ar fi depresie, anxietate, atacuri de panică sau prezintă unele tulburări în sfera personalității.

Factorii stresanți sunt adesea prezenți în istoria vieții acestor clienți, precum și unele tulburări în sfera senzorialității sau experiențe psihotraumatizante timpurii. Teoriile psihodinamice pun accentul pe agresivitatea refulată, pe mecanismele inconștiente de atragere a atenției celorlalți, pe beneficiile secundare sau pe utilizarea unor metafore corporale pentru a comunica un conflict de natură inconștientă (Asaad, 1996).

Clienții cu tulburări somatoforme sunt în general reticenți față de o abordare sau un tratament de natură psihiatrică sau psihologică. Așa cum arătam, aceşti clienți se preocupă de plângerile lor fizice și vizitează frecvent cabinete sau clinici medicale de specialitate.

În astfel de cazuri, este absolut necesară colaborarea cu medicul de familie sau cu medicul specialist, pentru ca terapeutul să fie sigur că orice cauză de natură organică este exclusă. Este important de subliniat și faptul că unii pacienți care au o suferință fizică reală pot dezvolta la un moment dat și acuze somatoforme. Pe de altă parte, pacienții cunoscuți cu tulburări de tip somatoform pot să nu fie luați în serios atunci când se îmbolnăvesc cu adevărat.

D.S.M. IV–TR postulează faptul că, pentru diagnosticarea tulburării de somatizare este necesară prezența mai multor simptome aparținând de categorii diferite:

- Patru simptome care presupun dureri în zona capului, stomacului, în zona pelviană, membre sau în alte zone ale corpului;
- Două simptome din sfera gastrointestinală (de exemplu senzațiile de greață și flatulența);
- Un simptom în sfera sexuală cum ar fi impotența sau menstrele neregulate;
- Un simptom pseudoneurologic, cum ar fi paralizia, pierderea sensibilității, pierderea vocii, convulsii sau amnezie.

În cazul tulburării conversive apar, de regulă, unul sau două simptome referitoare la disfuncţii motorii sau senzoriale, similare celor prezentate mai sus în cadrul celei de-a patra categorii. Trebuie subliniat faptul că o serie de afecţiuni medicale serioase cum ar fi scleroza multiplă, lupusul sistemic eritematos, miastenia gravis, unele tulburări endocrine sau afecţiuni maligne acute pot să se manifeste prin prezenţa unor simptome regăsite în tulburarea somatoformă. Asaad (2000, p. 183) subliniază că psihoterapia acestor clienţi este în acelaşi timp un demers frustrant, dar şi provocator. Niciun pacient psihosomatic nu va fi acceptat în terapie decât în cazul în care toate cauzele organice au fost eliminate.

Obiectivul psihoterapiei constă în reducerea sau eliminarea simptomelor de natură organică, precum şi a celor psihiatrice care le însoţesc. În astfel de cazuri, sprijinul psihologic şi asigurările nu şi-au dovedit utilitatea, deoarece clienţii se lasă cu greu convinşi, chiar dacă rezultatele examinărilor medicale de laborator nu evidenţiază niciun fel de afecţiune de natură organică.

Terapeutul va trebui să investigheze conflictele intrapsihice sau factorii stresanţi care ar putea contribui la apariţia sau menţinerea tulburării. Deoarece aceşti clienţi sunt extrem de rezistenţi la psihoterapie, progresul acesteia va fi lent şi va avea un caracter limitat. Din acest motiv, terapeutul va trebui să fixeze împreună cu clientul obiective realiste şi să stabilească o alianţă terapeutică pe termen mai lung. Terapeutul va trebui să asculte cu atenţie şi empatie lista lungă de plângeri ale clientului, să accepte faptul că acestea îi generează un disconfort real şi, deşi nu este de acord cu convingerile acestuia, să nu i se opună în mod făţiş.

În timpul psihoterapiei, clientul va fi îndrumat să ţină legătura cu medicul său curant, dar va fi descurajat să se supună prea frecvent unor analize sau examinări medicale realizate cu aparatură de specialitate. În etapele timpurii ale psihoterapiei vor fi culese informaţii referitoare la istoria psihosocială de viaţă a clientului în vederea identificării unor posibili factori stresanţi care ar putea sta la baza simptomatologiei somatoforme. Clientul va fi ajutat în continuare să sesizeze legătura dintre problemele psihologice şi simptomele somatice. Vor fi învăţate apoi diverse strategii de adaptare la factorii stresanţi.

Interpretările psihologice oferite prea devreme vor trebui evitate, pacientul fiind ghidat să descopere singur relaţia dintre simptomele

fiziologice şi conflictele psihologice. Demersul psihoterapeutic trebuie să fie unul de natură eclectică şi să se caracterizeze prin flexibilitate. Pot fi utilizate strategii cognitiv-comportamentale, strategii orientate pe insight (înţelegere profundă) de natură psihodinamică, strategii suportive, tehnici de relaxare, biofeedback sau hipnoză clinică.

Deoarece la aceşti clienţi apar frecvent simptome cum ar fi anxietatea generalizată, depresia sau atacurile de panică, acestea vor fi abordate prin intermediul metodelor psihoterapeutice specifice, precum şi cu ajutorul medicaţiei psihiatrice, dacă este cazul. Atunci când demersul terapeutic este încununat de succes, simptomele de natură fizică încep să se reducă, fiind înlocuite de unele psihologice. Apariţia acestui val de simptome psihologice poate fi considerată un succes al terapiei, deoarece reprezintă o modalitate mai sănătoasă de exprimare a conflictelor intrapsihice.

Tulburările somatoforme au adesea tendinţa de a se croniciza şi, din acest motiv, clienţii revin adesea la psihoterapie pentru diverse simptome. Ei trebuie pregătiţi psihologic să revină la psihoterapie ori de câte ori simt nevoia. De asemenea, mulţi dintre ei vor putea beneficia de terapia de suport realizată în interiorul unor grupuri de autoajutorare.

2.5. Psihoterapia de scurtă durată în cazul tulburării posttraumatice de stres

Baza teoretică a psihoterapiei scurte în cazul tulburării posttraumatice de stres este modelul bioinformaţional al emoţiei, elaborat de Lang în 1979 (după Keane Streel şi Orcutt, 2000, p. 141). Prima abordare pleacă de la ideea conform căreia frica are un rol esenţial în apariţia şi menţinerea acestei tulburări. Autorul afirmă că emoţiile în general şi teama în mod special sunt reprezentate pe harta mentală sub forma unor reţele informaţionale care stochează în memorie reprezentările stimulilor generatori de anxietate. Aceste reţele includ elemente legate de situaţiile generatoare de anxietate, elemente referitoare la reacţia subiectului faţă de aceşti stimuli, precum şi

informaţii referitoare la semnificaţia respectivilor stimuli şi a reacţiilor la aceştia.

Astfel, în cazul unui client care a fost victima unei agresiuni urmate de o tâlhărie, stimulii anxiogeni pot fi: bărbaţi mascaţi, cuţit, tâlhărie, gesturi şi cuvinte cu caracter ameninţător, club, în timp ce reacţiile victimei pot fi exprimate astfel: „Am rămas stană de piatră", „Am intrat în panică", „Ei m-au lovit cu pumnii şi un cuţit", în timp ce semnificaţia celor petrecute s-ar putea traduce astfel: „Voi muri", „Nu o să-mi mai văd niciodată soţia şi copiii", „Sunt lipsit de apărare" etc.

În timp ce reţelele informaţionale ale fricii nepatologice se referă la conexiuni realiste dintre elemente, în cazul celei patologice se structurează conexiuni eronate şi disfuncţionale între elemente, conexiuni exagerate, care nu reflectă realitatea obiectivă. Astfel, în cazul persoanei tâlhărite şi lovite cu cuţitul, elementele reţelei informaţionale: „Bărbaţi mascaţi înarmaţi cu bâte şi cuţite înseamnă că sunt în pericol" au un caracter realist, în timp ce o conexiune nerealistă ar putea fi: „Sunt în pericol ori de câte ori intru într-un club sau restaurant". Reţeaua informaţională de teamă patologică poate fi activată mai uşor şi mai frecvent atunci când există numeroase conexiuni eronate între stimuli, reacţii şi semnificaţii ale acestora.

Foa şi Kozak (1986) postulează faptul că reţelele informaţionale ale subiecţilor care au suferit o psihotraumă diferă atât sub aspect cantitativ, cât şi calitativ de cele ale altor persoane anxioase. Diferenţa constă în aceea că dimensiunea acestor reţele ale fricii patologice este mai extinsă, conţinând un număr sporit de conexiuni eronate, acestea sunt mai uşor de activat, iar răspunsurile emoţionale şi fiziologice sunt mai intense. Se poate afirma astfel că simptomele tulburării posttraumatice de stres sunt foarte intense şi produc un nivel de activare fiziologică foarte ridicat (tahicardie, hipertensiune, tremor, transpiraţii, supraîncărcare musculară etc.), precum şi stări emoţionale accentuate (panică, anxietate). La rândul lor, şi reacţiile comportamentale de evitare sau fugă, precum şi hipervigilenţa subiecţilor au un caracter exagerat.

Nivelul de activare emoţională ţine de maniera în care amintirile sunt stocate, ele fiind declanşate de memoria afectivă. Astfel, un individ speriat va avea tendinţa de a evoca mai des amintiri legate de situaţii periculoase.

Reţelele informaţionale de teamă patologică, precum şi simptomele cognitive afective şi comportamentale declanşate de acestea vor

interfera cu procesarea normală a datelor legate de traumă şi vor afecta funcţionarea normală în plan ocupaţional şi interpersonal. Psihoterapia bazată pe tehnici de expunere are menirea de a facilita procesarea normală a tuturor informaţiilor legate de traumă, fapt ce va conduce, la rândul său, la reducerea simptomelor.

Procesarea experienţelor traumatice trebuie să îndeplinească două condiţii. În primul rând, individul traumatizat va fi îndrumat să aibă acces la materialul informaţional legat de traumă pentru a putea reacţiona asemănător cu situaţia reală pe care a trăit-o. În al doilea rând, subiectul aflat în această situaţie va trebui să aibă acces şi la alte informaţii cu caracter corectiv. Dacă aceste două condiţii sunt îndeplinite, terapia de expunere va reduce simptomele tulburării posttraumatice de stres prin reducerea comportamentelor de evitare.

Pe măsură ce terapia progresează, clientul traumatizat va învăţa faptul că fuga şi evitarea nu reprezintă singurele modalităţi de a face faţă ameninţărilor cu caracter psihotraumatizant. În felul acesta, reţelele informaţionale cu caracter patologic sunt modificate, clientul reuşind să reinterpreteze în mod corect semnificaţia situaţiilor generatoare de anxietate şi stres. Această restructurare cognitivă este rezultatul eforturilor clientului şi se realizează în urma interacţiunii acestuia cu psihoterapeutul.

Studiu de caz

Costel, un bărbat în vârstă de 43 de ani, căsătorit, tată a doi copii, lucra în calitate de mecanic auto la un atelier. Într-o seară, a sosit la atelier un tânăr într-o maşină de lux, pe care a lăsat-o pentru revizie. La mai puţin de jumătate de oră, trei bărbaţi mascaţi au pătruns în atelier, unul dintre ei ameninţându-l cu un cuţit pentru a-i lua banii. Costel s-a speriat, a dat portofelul şi a încercat să fugă, moment în care a fost înjunghiat de către unul dintre infractori. Costel a pierdut mult sânge şi, în acele momente, s-a gândit că va muri şi nu-şi va mai vedea familia.

Şansa lui a fost că unul dintre lucrători a revenit în atelier pentru că uitase ceva, l-a găsit zăcând pe jos şi a chemat ambulanţa. Clientul a suferit mai multe intervenţii chirurgicale la spitalul de urgenţă, recuperarea sa fiind lentă şi dificilă. Acesta a revenit la lucru după aproximativ patru luni, dar s-a simţit cuprins de o teamă puternică de a nu fi atacat din nou. Anxietatea şi atacurile de panică s-au accentuat foarte mult, astfel încât Costel a trebuit să renunţe la serviciu. Treptat, acesta nu a mai fost capabil să iasă deloc din casă. În acest moment, familia

l-a convins să i se adreseze unui medic psihiatru, care a stabilit diagnosticul de tulburare posttraumatică de stres, de tip anxios-depresivă, complicată cu un consum abuziv de alcool și a instituit tratamentul de specialitate. În același timp, psihiatrul i-a recomandat clientului și psihoterapie cognitiv-comportamentală.
Costel i-a relatat terapeutului faptul că avea coșmaruri pe tema agresiunii, teama de a ieși din casă, atacuri de panică, incapacitate de concentrare a atenției, iritabilitate, pierderea elanului vital și a interesului pentru activitățile care înainte îi făceau plăcere (privitul la televizor, bricolajul sau lucrul în grădină). În același timp, clientul nutrea puternice sentimente de culpabilitate pentru că nu mai putea munci și pentru că se purta urât cu soția și copiii.
Interviul clinic a fost orientat asupra modului de funcționare al clientului înainte de producerea psihotraumei, a informațiilor referitoare la psihotrauma propriu-zisă, asupra simptomatologiei actuale, precum și a impactului acesteia asupra diferitelor sectoare ale vieții și activității clientului. Într-o primă etapă a terapiei, Costel a fost de acord să reducă semnificativ consumul de alcool, ca unică strategie de a se elibera de simptomele de stres. Clientului i s-a explicat mecanismul tulburării posttraumatice de stres și el a fost foarte mirat să afle că și alte persoane suferă de tulburări asemănătoare.
În cea de-a doua ședință de psihoterapie, clientul și-a însușit o tehnică de relaxare (primele exerciții din cadrul antrenamentului autogen Schultz), precum și respirația abdominală controlată pe ritmul 1/2 (1 — inspirație, 2 — expirație) cu autosugestii focalizate pe reducerea simptomelor de panică.
Începând cu cea de-a șasea ședință de psihoterapie, a fost introdusă tehnica desensibilizării sistematice în stare de relaxare, clientul fiind expus în plan imaginativ la stimuli legați de psihotrauma suferită. Clientul a retrăit în plan mental, sub îndrumarea terapeutului, cele petrecute. Scenele au fost evocate până când anxietatea clientului a crescut foarte mult, după care terapeutul i-a sugerat să-și imagineze scene agreabile. De asemenea, a fost aplicată și tehnica modificării amintirilor, conform căreia clientul trebuia să se perceapă pe sine nu ca pe o victimă lipsită de apărare, ci ca pe un supraviețuitor puternic și stăpân pe sine.
În cursul ședințelor 9–12 a fost continuată desensibilizarea sistematică în plan imaginativ, în transă hipnotică (hipnoza a fost indusă prin adâncirea relaxării și prin tehnica fixării privirii) și a fost introdusă desensibilizarea în plan real (in vivo) ca sarcină pentru acasă. Clientul a fost instruit să parcurgă treptat drumul până la fostul loc de muncă unde s-a produs evenimentul traumatic, însoțit fiind de soție sau de fratele său. Odată ajuns în acel loc, clientul a fost îndrumat să rămână singur acolo la început câteva minute, apoi un timp mai îndelungat, în timp ce persoana de sprijin îl aștepta afară. A fost utilizată și restructurarea cognitivă referitoare la identificarea, combaterea și înlocuirea gândurilor și convingerilor negative disfuncționale cu privire la pericole potențiale, la neajutorare, inutilitate și autodevalorizare. După încheierea primei etape, Costel

a fost capabil să-şi controleze anxietatea şi atacurile de panică şi să revină la serviciu.
În continuare, au fost abordate probleme legate de depresie şi consumul abuziv de alcool, clientul fiind invitat la psihoterapie săptămânal, şi nu de două ori pe săptămână, ca în prima etapă a demersului.

Şi în cazul tulburării posttraumatice de stres este necesară elaborarea unui plan pentru prevenirea recăderilor. Acesta va include şedinţe de psihoterapie fixate la data când a avut loc trauma, precum şi instruirea clientului să i se adreseze terapeutului imediat ce sesizează primele semne ale reinstalării tulburării: coşmaruri legate de traumă, amintiri cu caracter intruziv, tendinţa de a consuma substanţe sau episoade de irascibilitate accentuată. De asemenea, terapia ar trebui reluată şi în cazul în care clientul se află în situaţia de a fi expus unor noi psihotraume.

2.6. Psihoterapia de scurtă durată în cazul fobiilor specifice

În ultimii 50 de ani au apărut mai multe abordări terapeutice de orientare comportamentală pentru tulburările anxioase în general şi cele fobice în mod special. Prima abordare comportamentală cunoscută este desensibilizarea sistematică a lui Wolpe (1990) ce are la bază ideea că fricile reprezintă un comportament învăţat, bazat pe o condiţionare de tip pavlovian, care presupune o activare a sistemului nervos simpatic în prezenţa anumitor stimuli specifici.

Psihoterapia are ca fundament decondiţionarea răspunsurilor neurovegetative la stimulii cu care au fost asociate. Tehnica propriu-zisă presupune realizarea, împreună cu subiectul, a unei ierarhii de stimuli progresiv anxiogeni, cu care subiectul va fi familiarizat treptat până la dispariţia anxietăţii. Clientul învaţă o tehnică simplă de relaxare şi apoi, sub conducerea terapeutului, îşi va imagina confruntarea cu stimulii care îi produc teamă, de la cei mai puţin anxiogeni până la cei mai anxiogeni.

Psihoterapia cognitivă (Beck și Emery, 1985) consideră că problema principală în cazul tulburărilor anxioase o reprezintă maniera eronată de a interpreta anumite stări emoționale sau situații externe. Gândurile negative eronate ale clientului se referă la imposibilitatea de a controla evenimentele într-o situație anxiogenă, la performanțele scăzute sau la consecințele acestora în astfel de situații. Psihoterapia va presupune identificarea și combaterea gândurilor negative cu caracter disfuncțional și înlocuirea lor cu unele mai realiste, alternative.

Abordarea psihoterapeutică bazată pe învățare socială (Bandura, 1986) acceptă faptul că există un rol al gândirii negative în apariția reacțiilor anxioase, dar pune accent pe expectațiile negative pe care le are clientul în legătură cu aceste consecințe.

Terapia propriu-zisă este orientată în direcția dezvoltării unor expectații pozitive referitoare la eficiența personală și acest lucru se realizează prin achiziționarea unor abilități sociale și de rezolvare de probleme formate, în principal, prin intermediul tehnicii modelării.

Realitatea clinică a demonstrat faptul că tehnicile de expunere în plan real (*in vivo*) sau în plan imaginativ, precum și modificarea cogniților negative referitoare la natura fricilor dau rezultate foarte bune în cazul fobiilor specifice, în multe cazuri chiar și fără tratament medicamentos asociat.

Studiu de caz

Diana, o economistă în vârstă de 29 de ani, a fost trimisă la cabinetul de psihoterapie pentru că se temea să se supună unei examinări RMN (rezonanță magnetică nucleară), investigație propusă de medicul neurolog în urma unui accident rutier ușor. Clienta descria situația investigației medicale ca fiind una „îngrozitoare", asemănătoare, din punctul ei de vedere, cu situația de a se afla într-un sicriu, îngropată. În momentul în care a încercat să realizeze investigația respectivă, care de altfel a eșuat, Diana a afirmat că a simțit că se sufocă și că s-a temut că nu va mai putea ieși de acolo și că va muri.

Clienta mai prezenta și alte temeri și reacții de evitare atunci când se afla în locuri aglomerate precum magazine mari, săli de cinematograf sau la orele de vârf în metrou. De asemenea, aceasta evita să călătorească cu avionul sau să utilizeze un lift în care se aflau mai multe persoane, menționând că nu se temea că acesta s-ar prăbuși, ci doar că s-ar afla în spații din care nu ar putea să iasă. Clienta a relatat faptul că fobiile sale au debutat în copilărie, în perioada grădiniței, când niște copii au încuiat-o într-un dulap.

Demersul psihoterapeutic a avut drept obiectiv să o ajute pe Diana să scape de fobia de investigația RMN, precum și de teama de a merge la supermarket. Clienta a fost de acord că investigația respectivă este absolut necesară, iar cumpărăturile realizate într-un mare magazin din apropierea casei ar fi ajutat-o să economisească mult timp. Psihoterapia, de orientare predominant comportamentală, a implicat utilizarea mai multor tehnici specifice, elementul central fiind expunerea în plan real și în plan imaginativ, în stare de transă hipnotică, clienta având un nivel ridicat de sugestibilitate.

Interviul clinic de evaluare a evidențiat faptul că problema clientei era claustrofobia. Clienta se temea că va declanșa un atac de panică în timpul examinării RMN sau atunci când se va afla într-un magazin aglomerat, precum și de faptul că se va face de râs în public deoarece se va comporta ciudat. Psihodiagnosticul realizat cu ajutorul Interviului pentru tulburări anxioase bazat pe D.S.M. IV—TR a evidențiat faptul că Diana suferea de o fobie specifică (claustrofobie) în comorbiditate cu o tulburare de tip atac de panică și anxietate generalizată.

Demersul terapeutic

Au fost utilizate tehnicile expunerii în plan imaginativ, a expunerii în plan real (in vivo), precum și restructurarea cognitivă pentru modificarea gândurilor negative disfuncționale referitoare la situațiile de expunere.

În cazul fobiei de investigația RMN, a fost utilizată doar expunerea în plan imaginativ în stare de transă hipnotică. A fost aplicată scala de hipnotizabilitate Harvard a lui Shor și Orne, la care clienta a obținut 11 din totalul de 12 puncte posibile. Inducția hipnotică propriu-zisă a fost realizată prin intermediul adâncirii stării de relaxare cu care clienta era deja familiarizată. În transă hipnotică i s-a cerut clientei să-și imagineze că se află în tubul pentru RMN, la început doar câteva minute și apoi treptat un timp mai îndelungat, până la 30 de minute. De asemenea, inserția imaginară în interiorul aparatului a fost treptată până când clienta și-a imaginat că se află cu tot corpul introdus în tubul respectiv. În cadrul fiecărei expuneri imaginare, Diana era instruită să semnalizeze prin ridicarea unui deget momentul în care anxietatea creștea foarte mult. Au fost realizate zece ședințe de expunere în transă hipnotică. La sfârșitul fiecărei ședințe de psihoterapie, clientei i se cerea să evalueze pe o scală gradată de la 0 la 10 nivelul anxietății și profunzimea transei. Au fost administrate și sugestii specifice referitoare la dispariția simptomelor fiziologice specifice anxietății.

La ultimele trei ședințe de psihoterapie, clienta a afirmat că s-a relaxat atât de profund, încât i s-a părut că a dormit și că nu își amintește nimic din cele petrecute, fapt ce nu i-a mai permis să evalueze nivelul anxietății. Gândurile negative automate apărute în cadrul primelor ședințe de psihoterapie au fost de tipul următor: „Mă voi sufoca", „Îmi va fi imposibil să ies de aici", „Este posibil să mor" etc. Aceste gânduri au fost procesate conform metodei specifice terapiei

cognitive: au fost identificate, evaluate, combătute și înlocuite cu unele mai raționale, realiste.

În cazul fobiei de a se afla într-un mare magazin aglomerat au fost utilizate trei ședințe de antrenament mental în stare de hipnoză, în vederea realizării desensibilizării sistematice. Partea cea mai importantă a tratamentului a reprezentat-o desensibilizarea în plan real (in vivo) care s-a realizat cu ajutorul unei persoane de sprijin, sora clientei, instruită în prealabil de către psihoterapeut. În cadrul primei expuneri, clienta a fost însoțită de sora ei în supermarketul Cora și a reușit să rămână acolo timp de zece minute. Cele două au părăsit magazinul și au stat în mașină, în parcarea de suprafață alte zece minute, după care au intrat din nou, au cumpărat ceva și s-au așezat la coadă la casă. La un moment dat, Diana a afirmat că se simte rău și a părăsit coada, lăsând-o pe sora ei să achite cumpărăturile. Încercarea a durat aproximativ un sfert de oră. Sora clientei, în calitate de coterapeut, i-a cerut să intre din nou în magazin, dar Diana a refuzat, pretextând că este obosită.

În cursul celei de-a doua ședințe de psihoterapie, clienta a fost instruită să intre singură în magazin și să se întâlnească cu sora ei, care o aștepta la un raion mai puțin aglomerat (produse electrocasnice), după care cele două s-au deplasat în sectorul alimentar (mai aglomerat) și au făcut cumpărături timp de 30 de minute. În timpul exercițiului de expunere sora a rămas puțin în urmă și a lăsat-o pe Diana să târguiască singură. Au mai fost realizate încă două astfel de ședințe de expunere în cursul unei săptămâni.

Următoarea ședință a fost programată vineri după-amiază, când aglomerația în magazin este maximă. De data aceasta, sora ei a așteptat-o la cafeneaua din cadrul magazinului, în afara caselor de marcaj. La următoarea încercare, sora i-a spus Dianei să intre singură și să se întâlnească apoi la cabinetul de psihoterapie. De fiecare dată, clienta a primit câte o listă de cumpărături, la început mai puține, apoi din ce în ce mai multe. Aceasta a fost instruită, de asemenea, să-și noteze stările afective, pe cele psihofiziologice, gândurile negative care i-au venit în minte, gândurile alternative mai realiste, precum și maniera în care a procedat în situația respectivă.

Automonitorizarea a avut loc la începutul exercițiului de expunere, precum și după încheierea acestuia. Clienta a relatat faptul că a mai simțit teama, a transpirat și a avut senzația că leșină de câteva ori, dar a reușit să facă față situației cu ajutorul exercițiilor de respirație abdominală controlată și autosugestiilor („Expir agitație, inspir energie, dau afară toată teama din mine — expir, totul va fi bine — inspir"). Diana a primit ca sarcină pentru acasă să meargă la cumpărături de două ori pe săptămână în următoarea lună și să nu părăsească magazinul dacă simte vreo senzație de teamă.

În urma terapiei, clienta a reușit să realizeze cu succes investigația RMN și să meargă la cumpărături atunci când avea nevoie. Tratamentul fobiei de zbor cu avionul a fost amânat după vacanța de vară.

2.7. Psihoterapia de scurtă durată în cazul fobiei sociale

Fobia socială poate fi caracterizată prin atenţia exagerată pe care clientul o îndreaptă asupra propriei persoane, asociată permanent cu anumite comparaţii cu alte persoane (Kleinknecht, 2000, p. 192).

Atunci când se află în situaţii sociale, clienţii care suferă de acest tip de fobie acordă o atenţie exagerată modului în care se comportă, se simt sau arată, temându-se de faptul că ceilalţi oameni îi vor evalua în acelaşi mod în care ei se autoevaluează în urma explorărilor anxioase. De fapt, ei se tem că vor apărea ca fiind ridicoli, stupizi sau plictisitori în situaţiile de care se tem, că vor fi umiliţi şi îşi vor pierde statutul în ochii celorlalţi. Gândurile negative disfuncţionale, referitoare la modul în care ei se prezintă în public, asociate cu atenţia concentrată în exces asupra propriei persoane menţin fobia socială. Aceasta are la bază convingerea că ceilalţi indivizi le vor acorda o atenţie exagerată, mai precis că ei se vor situa în centrul atenţiei celorlalţi.

Atunci când se află în situaţii psihosociale, atenţia acestor fobici este îndreptată spre interiorul fiinţei lor, asupra modului în care se simt. Ei se concentrează asupra bătăilor inimii, asupra faptului că transpiră, le tremură mâinile sau asupra altor senzaţii corporale, convinşi fiind de faptul că ceilalţi vor remarca modul în care se manifestă. Clienţii pun un semn de egalitate între faptul că se simt în centrul atenţiei şi faptul că sunt cu adevărat în centrul atenţiei (Clark şi Wells, 1995).

Persoanele fobice se compară permanent cu ceilalţi şi presupun în mod eronat că şi ceilalţi oameni fac acelaşi lucru. Semnul de egalitate este pus între „a te simţi diferit" şi „a fi diferit" (Kleinknecht, 2000, p. 192). De cele mai multe ori, clienţii cu fobie socială au în antecedente situaţii în care au fost umiliţi ori s-au simţit jenaţi (de regulă, în adolescenţă). Din cauza acestei condiţionări, subiecţii încep să evite situaţiile respective şi se simt extrem de stresaţi atunci când trebuie să le facă faţă.

Deoarece persoanele cu fobie socială îşi focalizează excesiv atenţia către interior, ele nu mai sunt capabile să perceapă cu acurateţe situaţiile în care se află sau răspunsurile pe care le dau la un moment dat. Un element suplimentar care duce la menţinerea fobiei sociale îl reprezintă comportamentele de asigurare, cum ar fi, de pildă,

supraîncordarea musculară exagerată, pentru ca ceilalți să nu observe tremurul extremităților subiectului. Astfel de comportamente, în loc să prevină evenimentul de care se teme clientul, nu fac decât să crească probabilitatea producerii acestuia sub forma unei profeții autoîmplinite. Astfel, o persoană supraîncordată va avea un comportament rigid și plin de stângăcii.

Tratamentul cu cele mai bune rezultate în cazul fobiei sociale se bazează pe tehnica expunerii la situații anxiogene, ca și în cazul fobiilor specifice. Butler și Wells (1995) consideră că, pentru a fi eficientă, expunerea trebuie să aibă anumite caracteristici:

— să fie gradată;

— să fie prelungită, până când anxietatea se diminuează.

Cu toate acestea, expunerea în situații psihosociale nu este la fel de ușor de planificat, din cauza diversității crescute a acestora. Mai mult, uneori simpla expunere poate să fie neproductivă deoarece accentuează focalizarea atenției clientului către interiorul ființei sale, reducând performanțele subiectului în situații psihosociale. Din acest motiv, aspectul cognitiv care conduce la instalarea și menținerea fobiei trebuie procesat psihoterapeutic. Soluția cea mai eficientă o reprezintă în acest caz restructurarea cognitivă a gândurilor și convingerilor disfuncționale care mențin reacția anxioasă și, drept consecință, comutarea atenției spre interior, care trebuie îmbinată cu expunerea progresivă la situații anxiogene (Heinberg *et al.*, 1998).

Studiu de caz

Damian, un profesor de limba engleză în vârstă de 27 de ani, a fost trimis la cabinetul de psihoterapie de către medicul de familie, pentru fobie socială. Clientul își îndeplinea cu succes obligațiile profesionale, deși afirma că avea emoții ori de câte ori intra la clasă.

Fobia socială se manifesta mai ales atunci când era obligat să folosească o toaletă publică. În cazul în care se mai afla cineva acolo sau intra cineva, clientul se înroșea, își încorda întreaga musculatură a corpului, avea senzația că i se înmoaie genunchii, pulsul i se accelera și, din cauza încordării, nu reușea să urineze. Clientul se simțea „stană de piatră", nu putea scoate un cuvânt și se temea de ce anume vor spune ceilalți dacă îl vor vedea în această situație. Reacții asemănătoare, dar nu atât de ample, avea atunci când se afla într-un restaurant sau într-o instituție publică unde avea ceva de întrebat sau de solicitat.

Teama puternică a clientului se referea la faptul că oamenii îl vor observa și îl vor evalua în mod negativ, teama sa atingând aproape dimensiunea unui atac de

panică. Gândurile negative disfuncționale care îi treceau prin minte erau de tipul următor: „Nu vreau să mă fac de râs", „Ceilalți vor crede că este ceva în neregulă cu mine" etc. Clientul evita pe cât posibil situațiile psihosociale anxiogene și, dacă totuși nu reușea să facă acest lucru, anxietatea sa devenea atât de puternică, încât reușea să se facă de râs, lucru de care se temea cel mai mult.

Fobia de a utiliza toaletele publice este foarte răspândită în Statele Unite, incidența acestei tulburări fiind de 2,3 % din populația generală (Kessler et al., 1998). În cazul clientului Damian, putem vorbi mai mult de o fobie socială precis delimitată, și nu de una cu caracter generalizat. Această fobie s-a instalat la client în adolescență, în clasa a X-a, când acesta a constatat că are o dezvoltare ceva mai lentă a caracterelor sexuale specifice vârstei. Damian a încetat să mai utilizeze toaleta școlii și era foarte precaut atunci când se schimba pentru ora de educație fizică.

Ajuns la vârsta adultă, clientul s-a dezvoltat normal, a terminat facultatea, s-a căsătorit și avea o fetiță în vârstă de 4 ani. Ocupa un post de profesor la un liceu bucureștean de renume, unde era bine apreciat de elevi, colegi și conducerea școlii. Cu toate acestea, el afirma că se simte intimidat în fața clasei, deși elevii nu remarcau acest lucru, sau atunci când trebuia să ia cuvântul la ședințele consiliului profesoral. Damian refuza să iasă cu colegii la „bere" de teamă că va fi nevoit să meargă la toaletă. În același timp, el nu consuma lichide la școală, iar dacă totuși avea nevoie să meargă la toaletă, planifica totul astfel încât să fie în timpul orelor de curs, când probabilitatea ca un coleg să se afle acolo era foarte redusă. Clientul s-a decis să se adreseze psihoterapeutului atunci când a aflat că a câștigat o bursă de câteva luni pentru perfecționarea limbii engleze și că va trebui să se cazeze într-un cămin din Marea Britanie.

În evaluarea clientului a fost utilizat inventarul de anxietate adaptat după criteriile D.S.M. IV (ADIS IV; Brawn et al., 1994), inventar care conține o secțiune specială referitoare la fobia socială. Clientul a fost instruit apoi să-și evalueze temerile și tendința de evitare în diverse situații conform unei scale ierarhice („Se află singur la toaletă", „Intră și mai găsește acolo o persoană"; „Se află în încăpere și mai intră o persoană" etc.).

Demersul psihoterapeutic a cuprins trei aspecte principale:

• Însușirea unei tehnici de autoreglare a încordării musculare

Clientul și-a însușit primele exerciții din cadrul antrenamentului autogen Schultz, pe care trebuia să le practice individual acasă, de două ori pe zi, timp de 10–15 minute. Ulterior, clientul a fost învățat să se relaxeze și în situațiile reale anxiogene. Relaxarea a fost utilizată și pentru a realiza un antrenament mental de expunere în plan imaginativ.

• Restructurarea cognitivă

Au fost identificate gândurile negative automate referitoare la mersul la toaletă („Sper că nu va intra nimeni acum"; „Sper că nu voi intra în panică" etc.). Aceste gânduri disfuncționale au fost combătute și înlocuite cu unele

alternative, mai realiste, gânduri care au fost transformate în formule sugestive de autoîmbărbătare: „Mă relaxez și termin ce aveam de făcut, fără să intru în panică".

• Desensibilizarea prin intermediul tehnicii de expunere la situații anxiogene, expunere realizată la început în plan mental, în stare de relaxare și apoi în plan real.

Prima ședință de psihoterapie a fost dedicată evaluării prin intermediul interviului clinic semistructurat și al inventarului pentru tulburări anxioase (ADIS IV).

Ședința a doua a fost dedicată însușirii deprinderilor elementare de relaxare după metoda antrenamentului autogen al lui Schultz. Clientul și-a însușit exercițiile de greutate și căldură în membre și exercițiul de destindere generală. Clientul a învățat și tehnica respirației abdominale controlate cu ajutorul autosugestiei: „Inspir calm, dau afară teama din mine".

Așa cum am subliniat mai sus, clientul a fost instruit să practice relaxarea acasă, de două ori pe zi. De asemenea, el a învățat să își verifice nivelul de relaxare-încordare în timpul activităților cotidiene și să se relaxeze atunci când simțea nevoia să o facă.

Sarcinile pentru acasă au fost următoarele:

— să se relaxeze atunci când urinează acasă sau în alte locuri considerate sigure;

— să noteze gândurile negative automate referitoare la mersul la toaletă;

— să practice relaxarea de două ori pe zi, timp de 10–15 minute.

Ședința a treia: Damian i-a descris terapeutului următoarele două incidente: se afla la școală și, simțind nevoia să iasă afară, s-a relaxat pentru a se comporta așa cum a convenit cu terapeutul. Când a ajuns la toaletă, a observat că mai era cineva înăuntru și s-a întors din drum, adresându-și eticheta de „prost". Deși clientul a considerat maniera sa de a se comporta ca fiind un eșec, terapeutul a apreciat pozitiv eforturile clientului de a se pregăti pentru a face față problemei după numai două ședințe. În continuare terapeutul a realizat o ședință de relaxare împreună cu clientul și au repetat mental situația în care acesta din urmă se pregătește să utilizeze toaleta.

Ședința a patra: Au fost trecute în revistă progresele realizate de client în cursul săptămânii care tocmai a trecut.

Damian a afirmat că a utilizat de mai multe ori toaletele publice, dar că nu i-a fost greu deoarece acolo nu se afla nimeni.

Terapeutul a decis să treacă la expunerea în plan real cu ajutorul unui asistent medical.

Ierarhia de situații anxiogene stabilită împreună cu clientul a fost următoarea:

— clientul intră singur la toaletă;

— clientul intră și asistentul așteaptă la ușă;

— cei doi intră împreună, dar asistentul rămâne la ușă cu spatele la client;

— clientul intră și îl găsește pe asistent înăuntru;

— clientul intră, îl găsește pe asistent înăuntru, iar acesta din urmă începe să îi vorbească;
— clientul intră la toaletă, îl găsește chiar pe terapeut acolo; acesta îi vorbește; clientul rămâne în încăpere și este capabil să urineze;
— clientul a fost instruit să folosească de două ori pe săptămână toalete publice. Desensibilizarea a continuat până când clientul a reușit să utilizeze toaleta publică având un nivel de anxietate controlabil. Ultimele ședințe de desensibilizare au avut ca obiectiv utilizarea toaletei de la locul de muncă, deoarece aceasta continua să îi creeze unele probleme.
Înainte de a trece la activarea propriu-zisă, clientul a practicat un exercițiu de relaxare cu antrenament mental, în cadrul căruia își imagina că merge la toaleta de la școală și întâlnește acolo anumiți colegi sau șefi. Terapeutul l-a ajutat să identifice gândurile disfuncționale legate de faptul că el este în centrul atenției celorlalți, să le combată și să le substituie cu unele mai realiste, alternative.
În cadrul următoarei ședinte de psihoterapie, clientul a primit ca sarcină pentru acasă ca, de patru ori pe săptămână, să intre în toalete publice aflate în diverse zone. În cazul în care încercările erau încununate de succes, Damian trebuia să-și acorde câte o recompensă: să-și cumpere un CD, să mănânce un fel de mâncare preferat sau să iasă cu soția în oraș. Ca întărire finală a fost utilizată indicația ca, în cazul în care timp de trei săptămâni își îndeplinește sarcinile pentru acasă, să planifice în vacanță o excursie în străinătate împreună cu familia sa.
Demersul psihoterapeutic a durat opt ședințe. În continuare, clientul a solicitat să mai continue psihoterapia o dată la două săptămâni pentru a aborda teama de a vorbi în fața colegilor (cu elevii nu avea probleme), la consiliile profesorale, precum și anxietatea manifestată în situația în care întâlnea persoane noi.

Unul dintre factorii care complică demersul terapeutic în cazul fobiilor în general şi al fobiei sociale în mod special se referă la motivaţia clienţilor de a realiza sarcinile de expunere în mod independent. Pentru a diminua acest risc, terapeutul trebuie să se asigure de faptul că sarcinile sunt clar stabilite, suficient de dificile pentru a constitui o provocare, dar nu atât de dificile pentru a activa comportamentul de evitare. De asemenea, în cazul fobiei sociale este relativ dificil de identificat astfel de situaţii care să permită ca expunerea să se realizeze gradat, prelungit şi să aibă un caracter repetitiv.

În cadrul demersului terapeutic este foarte importantă prevenirea recăderilor. În acest caz, clientul este informat cu privire la posibilitatea producerii acestor recăderi, fiind instruit să observe *ce anume a făcut în mod diferit* înainte ca recăderea să se producă (a încetat să practice relaxarea sau exercițiul de expunere etc.). Se precizează

faptul că, şi în cazul în care recăderea s-a produs, nu înseamnă că el a revenit la situația inițială de dinainte de începerea tratamentului, deoarece a achiziționat o serie de deprinderi de a gestiona stresul problemei respective şi nu-i rămâne de făcut decât să le reactiveze. De asemenea, terapeutul îi va aduce la cunoştință clientului că poate reveni oricând la psihoterapie pentru a analiza cele petrecute şi pentru a fi ajutat să revină pe „linia de plutire".

2.8. Psihoterapia motivațională de scurtă durată în cazul abuzului de alcool

Psihoterapia motivațională de scurtă durată în cazul abuzului de alcool are la bază modelul terapeutic al întăririi motivației, model ce le aparține lui Stephen Rollnick şi lui William R. Miller (1991), care se prezintă ca o intervenție de scurtă durată, realizată într-un număr de minimum patru şedințe. Acest demers porneşte de la supoziția conform căreia fiecare client are capacitatea şi resursele interioare care îi permit să renunțe la consumul abuziv de alcool, principalul atu al modelului fiind reprezentat de suportul motivațional care vizează mobilizarea şi dezvoltarea acestor resurse interioare. Clientul este privit ca o persoană ambivalentă în ceea ce priveşte schimbarea, sarcina terapeutului fiind de a-l ajuta să depăşească această stare de ambivalență. În cadrul acestui model, cauzele tulburării nu reprezintă obiectul demersului terapeutic.

Studiu de caz (adaptat după modelul lui Hodgins, 2000)

Elisabeta, o pensionară în vârstă de 57 de ani, fostă profesoară de limba franceză, a fost trimisă la cabinetul de psihoterapie de medicul psihiatru pentru consum abuziv de alcool. Medicul a luat această decizie pentru că Elisabeta continua să consume alcool chiar şi după instituirea medicației psihiatrice.

Clienta avea doi copii căsătoriți şi trei nepoți în vârstă de 4, 7 şi 11 ani, fiind divorțată de 20 de ani. Aceasta locuia singură, iar problemele ei s-au accentuat mai ales după ce s-a pensionat la cerere, crezând că se va ocupa de nepoți, lucru care nu s-a întâmplat. Ea povestește că obişnuia şi înainte să consume alcool,

dar problemele ei s-au accentuat mai ales după pensionare, când a realizat că nu va mai fi solicitată de familie pentru îngrijirea nepoților, motivul fiind chiar dependența ei de alcool. Ea a început să consume băuturi distilate în fiecare seară, în timp ce se uita la televizor. La aflarea veștii că nurorile ei o consideră incapabilă să aibă grijă de copii, Elisabeta a avut un șoc, a încercat să se lase de băutură și chiar a reușit timp de trei luni, dar a reînceput să consume după decesul mamei sale. În momentul prezentării la cabinetul de psihoterapie, Elisabeta consuma o jumătate de litru de vodcă pe zi.

Elisabeta s-a dovedit o bună candidată pentru abordarea de scurtă durată, care are ca punct central modelul terapeutic al întăririi motivației, deoarece nu dorește să participe la o psihoterapie de grup. În același timp, clienta a demonstrat faptul că a reușit să renunțe la alcool pentru o perioadă de trei luni. Ceea ce îi lipsește este încrederea în sine și suportul motivațional. Obiectivul pe care și l-a propus clienta pentru psihoterapie a fost abstinența totală.

În terapia motivațională evaluarea este strâns legată de intervenția terapeutică în cel puțin două moduri. În primul rând, întrebările din cadrul interviului de evaluare sunt astfel formulate încât să scoată la iveală *motivația* clientului de a se schimba. El este încurajat să-și exprime îngrijorările legate de consumul de alcool, precum și avantajele abandonării acestuia. În timp ce clientul își exprimă temerile, terapeutul va utiliza tehnica parafrazării pentru a-l încuraja să amplifice afirmațiile referitoare la temerile sale.

Terapeutul i se va adresa clientului în felul următor: „Presupun că te afli aici pentru că ți-ai făcut griji referitor la băutură"; „Care sunt motivele care te fac să dorești să renunți la băutură?"; „Care sunt aspectele pozitive și negative ale consumului de alcool?" etc.

Prezentăm mai jos principalele aspecte care trebuie investigate în cadrul interviului clinic (Hodgins, 2000, p. 45).

Aspecte generale	*Aspecte specifice*
Dependența de alcool	Toleranța Izolarea socială Pierderea autocontrolului
Cantitatea de alcool consumată	De-a lungul istoriei vieții clientului Consumul zilnic în ultimele luni
Consecințe	În domeniul sănătății: — probleme hepatice — hipertensiune — probleme nutriționale

	– probleme gastrointestinale – probleme familiale – probleme sociale – probleme legate de locul de muncă – probleme financiare – probleme emoţionale (depresie, anxietate etc.) – probleme spirituale – probleme legale
Istoricul tratamentului	Programe de terapie urmate Tratament medicamentos Perioada de abstinenţă Participare la grupuri
Circumstanţe în care are loc consumul de alcool	Antecedente Comportamente (consum solitar, în compania prietenilor), consecinţele consumului
Motivaţia pentru schimbare	Motive pentru a renunţa la consum Sprijin social şi familial

A doua modalitate prin intermediul căreia evaluarea şi intervenţia sunt conectate în cadrul terapiei motivaţionale se referă la faptul că rezultatele evaluării îi sunt comunicate clientului pentru a-i furniza date obiective care vor înclina balanţa în direcţia schimbării. Aceste informaţii cu caracter obiectiv sunt recepţionate mai bine de către client, decât opiniile subiective ale terapeutului. Informaţiile sunt transmise într-o manieră neutră şi nonpunitivă. De pildă, consumul săptămânal de alcool al clientului poate fi comparat cu media consumului populaţiei ţării.

Psihoterapia motivaţională include două etape: construirea suportului motivaţional şi angajarea în direcţia schimbării (Miller *et al.*, 1992).

a) Prima etapă: construirea suportului motivaţional

Evidenţierea motivelor schimbării din timpul interviului clinic reprezintă o sarcină terapeutică specifică primei etape. Celelalte sarcini se vor referi la explorarea motivelor ambivalenţei. Clientul va fi ajutat să identifice motivele pentru care ar dori să renunţe la

băutură şi cele pentru care ar dori să continue să consume alcool. Această abordare îl va ajuta pe client să conştientizeze ambivalenţa în care se află şi să o depăşească, înclinând balanţa în direcţia pozitivă. Clientul va fi învăţat să realizeze exerciţiul numit „balanţa decizională", la început în cabinetul de psihoterapie şi apoi în cadrul temelor pentru acasă.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul protocolului realizat pentru exerciţiul „balanţa motivaţională", la început în cabinetul de psihoterapie, în cazul clientei Elisabeta.

Argumente pro	Argumente contra
Continuarea consumului de alcool	Continuarea consumului de alcool
„Mă determină să mă simt mai bine" „Îmi umple timpul"	Depresie Anxietate Irascibilitate „Nu mă mai suport"
Abandonarea consumului/ pro	Abandonarea consumului/ contra
„Pot să petrec mai mult timp împreună cu nepoţii mei" „Mă simt mai puţin deprimată, mai puţin anxioasă, mai puţin nervoasă" „Mă agreez mai mult în felul acesta" „Voi avea o viaţă mai îndelungată"	„Nu am cu ce să-mi umplu timpul" „Nu-mi pot concepe existenţa fără alcool"

Miller şi Rollnick (1991) ne propun mai multe strategii pentru abordarea ambivalenţei şi rezistenţei la schimbare a clientului. Adesea este suficient ca terapeutul să parafrazeze îngrijorările clientului în legătură cu consumul de alcool, pentru a-l determina pe acesta din urmă să adopte atitudinea inversă, ca în exemplul de mai jos:

Terapeutul: Te temi că îţi vei pierde toţi prietenii dacă nu mai bei?
Clientul: Da. Dar ar trebui să mă las de băutură, chiar dacă aş fi nevoit să-mi caut alţi prieteni.

Este utilă şi repetarea afirmaţiei clientului, dublată de o altă afirmaţie referitoare la îngrijorările clientului realizate anterior:

Terapeutul: Pe de-o parte, te temi că îţi vei pierde toţi prietenii, iar pe de altă parte, îţi faci griji în legătură cu starea sănătăţii tale, cu familia şi cu faptul că ţi-ai putea pierde serviciul.

Terapeutul va utiliza și strategia comutării atenției de la situația problematică:

Clientul: Ar trebui să mă las de băutură. Soția mea ar fi foarte mulțumită dacă nu aș mai bea.
Terapeutul: Vom reveni la problemele soției tale ceva mai târziu. Acum aș dori să-mi spui ce anume crezi că pierzi dacă nu mai bei.

În continuare terapeutul va pretinde că este de accord cu motivele clientului de a nu renunța la băutură, în speranța declanșării reacției inverse din partea acestuia.

Terapeutul: Este dreptul tău să consideri că este doar problema soției tale și că ar fi mult prea greu pentru tine să te lași de băutură.

Terapeutul va evita să întărească rezistențele clientului prin încercările de a-l convinge că este absolut necesar să abandoneze alcoolul.

Prima fază: construirea motivației pentru schimbare

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Ședința 1
Terapeutul: Am înțeles că vă îngrijorează consumul de alcool. Puteți să-mi vorbiți despre aceste îngrijorări?
Elisabeta: Medicul meu de familie m-a îndrumat către acest cabinet. Cred că am început să beau prea mult. Nu știu dacă sunt alcoolică, dar este evident că am depășit măsura. Am reușit să mă las de băutură pentru câteva luni, așa că sunt convinsă că pot face acest lucru singură. Sunt interesată de acest program de psihoterapie.
T: Așadar, nu sunteți sigură dacă sunteți sau nu alcoolică, dar vă faceți griji. Ce v-a determinat să vă îngrijorați?
E: Cantitatea de alcool și faptul că nu mă pot opri.
T: Puteți să-mi spuneți mai multe lucruri?
E: Ei bine, beau cam o jumătate de sticlă de vodcă în fiecare zi. Iau hotărârea să mă las tot în fiecare zi, dar fac mereu același lucru.
T: Cu alte cuvinte, v-ați hotărât să vă lăsați de băutură, dar continuați să beți.
E: Mă duc la magazin, cumpăr o sticlă și apoi mă decid să nu o beau. Încep cu un păhărel și apoi o beau pe toată. Desigur, nu pe toată odată. Nu am fost niciodată beată cu adevărat, ci doar amețită și din cauza asta nu cred că sunt alcoolică.
T: Dar vă deranjează faptul că nu vă puteți opri.

D: Da.
T: Ce alte lucruri vă îngrijorează în legătură cu consumul de alcool?
E: Ei bine, țin asta oarecum secret. Nu beau în public, nu mă urc la volan atunci când am băut. Cu toate acestea, nurorile mele comentează. M-am și lăsat timp de câteva luni pentru că nurorile mele nu au încredere în mine să am grijă de nepoți. Cred că au dreptate, dar m-am simțit foarte afectată de acest lucru.
T: Dacă am înțeles bine, îngrijorările țin de atitudinea nurorilor, de cantitatea de alcool și de faptul că beți în continuare, deși v-ați decis să nu o mai faceți. Mai sunt și alte motive de îngrijorare?
E: Știu că m-aș simți mai bine dacă nu aș mai bea. Așa a fost data trecută, când m-am simțit mai plină de viață și mai sănătoasă. Mai mult, prietenele mele au văzut ce s-a întâmplat și au comentat acest lucru.
T: Cine ar mai putea remarca acest lucru?
E: Cum vă spuneam, prietena mea cea mai bună, fostul soț, băieții mei.
T: Așadar, ar fi unele aspecte pozitive care s-ar manifesta dacă ați abandona alcoolul. Ce anume nu v-ar conveni dacă ați face acest lucru?
E: De fapt, nu există argumente serioase pentru a continua să beau. Cred că mi-ar lipsi totuși băutura.
T: Simțiți că v-ar lipsi ceva dacă ați renunța la băutură?
E: Da. Cred că îmi place și gustul de alcool.
T: Ce alte aspecte pozitive mai puteți identifica în legătură cu consumul de alcool?
E: Îmi face plăcere, deși este cam costisitor.
T: V-ați pus vreodată problema cât de mult cheltuiți? (Terapeutul împreună cu clienta fac un calcul rapid al sumei cheltuite lunar). Așadar, vă place gustul, simțiți că v-ar lipsi ceva dacă v-ați lăsa de băutură, dar în același timp este un obicei costisitor, vă faceți griji în legătură cu cantitatea, beți mai mult decât v-ați propus, sunteți conștientă de faptul că v-ați simți mai bine dacă nu ați mai bea. Mai este și altceva?
E: Mă supără și faptul că uneori nu-mi aduc aminte ce s-a întâmplat atunci când am băut.
T: Asta poate fi cu adevărat supărător. Puteți să-mi povestiți când s-a întâmplat acest lucru ultima oară?
E: Nu se întâmplă prea des. Uneori nu-mi mai aduc aminte cât de mult am băut.
T: Nu vă amintiți întotdeauna cât ați băut și asta vă deranjează. Să ne oprim puțin aici. V-aș ruga acum să completați niște chestionare care au menirea de a compara cantitatea de alcool pe care o consumați cu media populației. În felul acesta, veți afla cu exactitate cum stați.

Interviul clinic continuă până când sunt obținute toate informațiile de bază, ambivalența clientului a fost scoasă la lumină și motivația pentru schimbare a fost amplificată. Aceste obiective pot fi atinse

într-o singură ședință de psihoterapie sau în mai multe. Terapeutul trebuie să aibă grijă să nu treacă la etapa următoare până când clientul nu este pregătit să se angajeze în direcția schimbării.

b) Etapa a doua: acceptarea planului de schimbare

Așa cum am mai subliniat, nu se trece la această etapă decât atunci când clientul este pregătit să se schimbe. Mai mult, ambivalența clientului este depășită și acesta solicită în mod implicit sau explicit să se meargă mai departe. Uneori, clientul poate întreba în mod direct ce anume trebuie să facă, iar alteori terapeutul va fi cel care va înclina balanța în direcția schimbării („Ce părere ai despre cele discutate până acum?"). Terapeutul va avea grijă să facă în așa fel încât clientul să fie cel care preia conducerea demersului terapeutic („Ținând seama de modul în care te simți, care este planul tău?"). În cazul în care clientul a optat pentru abstinență totală, terapeutul va trebui să întărească acest obiectiv.

Miller și Rollnick (1991) se referă la sugerarea abstinenței, nu la prescrierea acesteia („Din cele ce ai afirmat, rezultă că ți-ai propus să renunți complet la băutură"). Dacă obiectivul abstinenței nu a fost clar exprimat, terapeutul va trebui să adreseze următoarea întrebare: „Scopul tău este să te lași complet de băutură sau să o reduci?" În continuare, terapeutul va trebui să propună o serie de obiective pe termen scurt și să investigheze ambivalența clientului în legătură cu acestea. Astfel, dacă pacientul sugerează faptul că ar trebui să nu mai meargă la restaurant în fiecare seară împreună cu colegii, terapeutul va trebui să-l întrebe cum își va umple acel timp, dacă nu va simți o senzație de plictiseală și cum va rezista presiunilor exercitate de colegii de serviciu. Dialogul terapeutic va avea drept scop să întărească motivația clientului pentru schimbare, ca în cazul clientei Elisabeta.

Terapeutul: Din cele ce ai afirmat am înțeles că dorești să renunți total la băutură. Pare rezonabil, dar crezi că ești pregătită să faci acest lucru?
Elisabeta: Trebuie să fac asta. De altfel, vreau să fac asta.
T: Așadar, te simți pregătită să mergi mai departe. Te-ai gândit cum vei face aceasta?

E: Nu îmi este foarte clar.
T: Cum anume ai procedat atunci când ai reușit să te lași de băutură data trecută?
E: Ei bine, m-am hotărât dintr-odată să mă las de băutură. Nu am mai cumpărat alcool, iar în casă nu mai aveam.
T: Nu ai mai cumpărat alcool, ai eliminat orice băutură din casă. Ce altceva ai mai făcut?
E: Mi-am ocupat timpul cât am putut de mult, m-am dus la fiul meu și am avut grijă de nepot.
T: În ce fel te-au ajutat aceste lucruri?
E: Nu știu, pur și simplu nu am mai băut.
T: Așadar, ai încetat să mai cumperi băutură, ai înlăturat alcoolul din casă și ai încercat să-ți ocupi cât mai mult timpul. Nu crezi că ar fi util să procedezi la fel și de data aceasta?
E: Cred că da.
Clienta a ajuns la concluzia că a doua jumătate a zilei ar fi mai dificilă pentru ea, astfel că și-a planificat activități în afara casei, pentru zilele următoarei săptămâni. Ea a menționat de mai multe ori în cursul ședinței de psihoterapie faptul că îi este jenă de deprinderea ei greșită și a povestit că nu a spus nimănui că merge la psihoterapie. Terapeutul i-a sugerat faptul că ar trebui să abordeze și această problemă.
T: Membrii familiei tale au observat probabil că nu ai mai băut în ultimul timp. Oare nu ți-ar fi de folos să le spui acest lucru în mod deschis?
E: Nu pot să-i spun fiului meu mai mare și nurorilor mele, dar aș putea să-i spun celui mic și uneia dintre prietenele mele.
T: În ce măsură ți-ar fi de folos să-i spui și fiului mai mare?
E: El ar fi de acord, dar nu mi-ar spune mare lucru.
T: Dacă am înțeles bine, nu ți-ar fi prea greu să-i spui și fiului tău mai mare câte ceva despre intențiile tale. Ți-ar fi util ca el să aștepte un astfel de comportament de la tine.
Ședința de psihoterapie se încheie cu o trecere în revistă atât a obiectivelor generale, cât și obiectivelor specifice ale psihoterapiei. Terapeutul îi va trasa clientei o sarcină cognitiv-comportamentală de automonitorizare și de identificare a situațiilor în care riscul de a consuma băuturi alcoolice este ridicat, precum și strategiile de a face față acestor situații.
Terapeutul: Dacă am înțeles bine, ți-ai propus să nu mai bei nimic începând de acum și până la ședința noastră viitoare, iar obiectivul tău major este să renunți de tot la băutură. Nu vei mai cumpăra băutură și îi vei cere fiului tău mai mare să ia toate sticlele care au mai rămas în casă. Îi vei comunica acestuia planurile tale. De asemenea, îți vei planifica activități în afara casei, pentru fiecare zi a săptămânii următoare, în special după-amiaza. Notează pe o scală de la 0 la 10 cât de mult crezi că vei putea îndeplini aceste obiective.

Elisabeta: Sunt foarte încrezătoare că voi reuși (clienta bifează cifra 8 pe scala gradată).
T: Crezi că mai sunt și alte probleme care ar putea să apară?
E: Nu este chiar o problemă, dar mâine este ziua mea și mi-am propus să merg la restaurant împreună cu câteva prietene. Mi-aș dori să pot să beau un pahar de vin.
T: Îți este greu să te vezi renunțând total la alcool?
E: Da.
T: Cred că vei ajunge în situația în care vei decide să nu bei nimic chiar și în astfel de ocazii. Aș fi curios să știu dacă mâine te vei putea opri doar la un pahar de vin. Aș dori să realizezi o temă pentru acasă până la ședința noastră următoare: să notezi într-un caiet (practic, un jurnal) ce anume întreprinzi în perioadele dificile, chiar când simți nevoia să bei ceva. Ne așteptăm ca astfel de perioade să mai apară și ar trebui să le înțelegem pentru a lua măsuri de a le face față. Aș dori să notezi, de asemenea, pe o scală gradată, și cât de puternică este dorința ta de a consuma alcool. Vei nota data, ziua, situația, gândurile care ți-au venit în minte și intensitatea trăirilor afective, incluzând și nevoia de a bea.
Acest jurnal te va ajuta să identifici care sunt modalitățile tale preferate de a gestiona astfel de situații, dar și să prevezi ce astfel de situații pot să se ivească în viitor. În felul acesta, îți vei putea planifica din timp strategiile de gestionare. Sunt convins de faptul că vei putea să nu bei nimic până săptămâna viitoare, cu excepția paharului de vin de la ziua ta. Dacă vei avea succes, va fi minunat, iar dacă succesul nu este deplin, va trebui să analizezi cu atenție ce s-a întâmplat.

c) Etapa a treia: inițierea schimbării și menținerea progreselor obținute

În cadrul următoarelor şedinţe de psihoterapie sunt trecute în revistă progresele obținute de către client şi sunt renegociate obiectivele. Motivația pentru schimbare este întărită din nou. Nu trebuie să ne aşteptăm, din punct de vedere terapeutic, ca drumul spre schimbare să fie unul liniar şi lipsit de obstacole. Terapeutul va continua să mențină o atitudine nonevaluativă şi va încuraja clientul să preia în continuare conducerea demersului terapeutic.

Psihoterapia de scurtă durată motivațională, aşa cum am mai arătat, porneşte de la premisa că subiectul aflat în terapie deține suficiente resurse pe baza cărora se poate construi demersul specific, de renunțare la alcool. Cu toate acestea, de multe ori este necesar ca

în timpul şedinţelor de psihoterapie clientul să fie ajutat să-şi formeze şi să-şi perfecţioneze abilităţile de a gestiona stresul generat de abandonarea alcoolului. În acest scop pot fi utilizate strategii aparţinând altor sisteme terapeutice, în special cele cognitiv-comportamentale. Clientul va fi învăţat să identifice gândurile negative disfuncţionale legate de consumul de alcool, stările afective şi situaţiile în care s-a aflat atunci când a consumat alcool.

Principalele strategii care pot fi utilizate sunt următoarele (Hodgins, 2000, p. 55):

- evitarea stimulilor și situațiilor în care clientul s-a obișnuit să consume alcool;
- strategii de a face față nevoii imperioase de a bea;
- tehnici de distragere a atenției;
- trecerea în revistă a consecințelor negative ale consumului de alcool;
- etichetarea nevoii de a bea și lăsarea acesteia să treacă de la sine;
- utilizarea vorbirii interioare pentru combaterea gândurilor negative legate de dorința de a consuma alcool;
- apelarea la anumite rețele de suport social;
- achiziționarea unor abilități de a refuza consumul de alcool, precum și a unor tehnici de rezolvare a problemelor de viață.

La acestea putem adăuga şi o tehnică de relaxare cu sugestii de întărire a eului şi sugestii specifice de abandonare a consumului („Alcoolul îmi este indiferent, sunt liber de domnia alcoolului"), precum şi tehnica imaginaţiei dirijate, în cadrul căreia clientul aflat în stare de relaxare se imaginează pe sine eliberat de problema sa. Este indicat de asemenea ca subiectul să ia parte la o psihoterapie de grup sau la întâlniri ale Asociaţiei Alcoolicilor Anonimi.

Elisabeta a urmat opt ședințe de psihoterapie timp de 12 săptămâni. Ea și-a propus să renunțe total la alcool după ședința a doua, dar a mai avut mici recăderi până la ședința a șasea, moment în care a reușit să abandoneze consumul de alcool. Ședințele 3–5 au fost dedicate în special analizei situațiilor în care a băut, precum și a celor în care a reușit să se abțină.

Clienta a obținut o rețetă pentru „Antalcol" de la medicul psihiatru, dar nu a apelat la această medicație. În ședințele 6 și 7 au fost analizate stările afective

ale clientei în legătură cu procesul de îmbătrânire și cu pensionarea. Ea a continuat să lupte împotriva sentimentului de inutilitate și a reușit să-și organizeze mai bine timpul, întâlnindu-se cu prietenele și frecventând un curs de istoria religiilor. În cursul ședinței finale au fost trecute în revistă motivele clientei pentru schimbare, progresele obținute și au fost analizate posibilitățile de producere a unor recăderi. Elisabeta a fost de acord să-i telefoneze terapeutului în cazul în care va simți pericolul că ar putea să bea sau atunci când chiar s-ar întâmpla acest lucru.

Pericolul de recidivă în cazul dependenței de alcool este de 30 până la 90% în primul an de după terapie. De regulă, clienții fac între patru și șase tentative de a abandona consumul de alcool până când reușesc să devină total abstinenți. Aceasta nu înseamnă neapărat că tratamentul eșuează. Ședințele finale de psihoterapie trebuie centrate pe prevenirea recăderilor și pe minimalizarea efectelor, în cazul în care apar recăderi.

2.9. Psihoterapia de scurtă durată în cazul bulimiei nervoase

Mizes și Bonifazi (2000, p. 257) definesc bulimia nervoasă ca fiind afecțiunea caracterizată prin episoade de mâncat compulsiv urmate de o vomă autoprovocată sau de alte acțiuni de eliminare forțată a alimentelor ingerate, care conduc la disfuncții corporale severe. Tulburarea afectează mai ales populația feminină formată din adolescente și tinere, dar nu este exclusă apariția ei și la femeile adulte și uneori la bărbați. Clientele aparțin tuturor mediilor socioeconomice, de la cele defavorizate până la cele mai înalte. Bulimia este o tulburare severă a conduitei alimentare, care alterează în mod semnificativ stima de sine a clientelor, activitatea socioprofesională și relațiile sociale, starea fizică a organismului acestor persoane, având ca efecte imediate depresia și sentimentele de singurătate și înstrăinare.

Studiu de caz

Alexandra, studentă la arte plastice, în vârstă de 23 de ani, a început să aibă probleme cu greutatea încă de la vârsta de 12 ani. În perioada respectivă, clienta avea o constituție mai robustă și părinții au dus-o la un medic endocrinolog, care i-a recomandat o dietă. Alexandra a început să-și provoace reacții de vomă atunci când considera că a mâncat prea mult. Treptat a ajuns la episoade de mâncat compulsiv, urmate de vomă, aproape în fiecare zi. La momentul prezentării la terapie, Alexandra cântărea 53 de kilograme la o înălțime de 1,70 metri. Clienta provenea dintr-o familie dezorganizată, părinții fiind divorțați. Avea un frate mai mare, iar mama era supraponderală. Clienta a aflat că tatăl său a părăsit-o pe mama sa pentru o altă femeie, de profesie însoțitoare de bord, moment în care a început să se preocupe în mod excesiv de felul în care arăta. În acel moment, Alexandra a început să fie atentă la dietă și să practice exerciții fizice. În cazul în care i se părea că a mâncat prea mult, își provoca voma. Alexandra a dat admitere la Liceul de artă „Tonitza", unde a intrat a doua și a fost repartizată la o clasă de pictură. În ciuda problemelor sale, a terminat liceul cu o medie foarte mare și a intrat tot pe primele locuri la Facultatea de Arte Plastice. În clasa a XII-a, a fost prietenă cu un băiat care, la un moment, dat a părăsit-o pentru o altă fată.

Alexandra a declanșat un episod depresiv care însă nu a fost remarcat de mamă și nu a urmat tratament, rezultatele la școală fiind în continuare bune. După această întâmplare, ea s-a izolat tot mai mult, ținând un regim sever și făcând ore întregi exerciții fizice. Când avea câte o zi mai stresantă, Alexandra venea acasă și înfuleca tot ce găsea în frigider, intra în panică, își provoca imediat voma, după care se simțea ușurată. Încetul cu încetul, ea a început să renunțe la dietă și la exercițiile fizice și a luat în greutate. A devenit din nou deprimată, dar nu s-a putut opri să mănânce în mod compulsiv și să vomite.

După admiterea la facultate, și-a propus să renunțe la acest comportament și să înceapă o viață nouă. Din nefericire, multe dintre colegele ei de grup aveau probleme similare. Simptomele s-au accentuat simțitor după ce clienta s-a îmbătat într-o discotecă și a fost abuzată sexual de un coleg. Treptat ea s-a izolat tot mai mult, performanțele școlare s-au redus și a ajuns să mănânce compulsiv și să vomite chiar de mai multe ori pe zi. La un moment dat, i s-a făcut rău în atelierul de pictură și colegii au dus-o la urgență, după care a fost redirecționată către secția de psihiatrie a spitalului studențesc. Aici a urmat tratament psihiatric timp de trei săptămâni și apoi în ambulatoriu. A urmat o perioadă ceva mai bună, dar simptomele s-au agravat după ce noul ei prieten a părăsit-o și el pentru altă fată. În momentul prezentării la psihoterapie, la indicația medicului psihiatru, Alexandra mânca în mod compulsiv și își provoca voma zilnic sau chiar de mai multe ori pe zi. Ea se ducea rar la facultate, sub pretextul că pregătește o expoziție.

Regimul ei alimentar arăta în felul următor: dimineața bea o cafea fără zahăr, la prânz mânca o salată sau un fruct, iar seara înfuleca pâine, mezeluri, ciocolată sau înghețată, după care își provoca voma, ulterior simțindu-se rușinată, fără autocontrol. La sfârșitul săptămânii, când nu trebuia să iasă deloc din casă, avea mai multe episoade de mâncat compulsiv, urmate de vomă, dar și scaune diareice provocate de laxative. Alexandra se simțea tot mai deprimată și mai slăbită fizic. Avea tot mai puțini prieteni, iar dacă aceștia o vizitau totuși, avea față de ei reacții agresive. Ea nu mai picta aproape deloc și nu reușea să ducă la bun sfârșit nici măcar lucrarea de licență.

În această situație, obiectivul major al terapiei a fost ca Alexandra să renunțe la ideea de a slăbi, ținând seama de faptul că greutatea ei corporală era oricum sub media normalității. Odată ce se va elibera de insatisfacția legată de aspectul ei fizic și va reuși să-și îmbunătățească stima de sine, clienta va putea depăși bulimia. Trebuie subliniat rolul factorilor stresanți în debutul și agravarea simptomatologiei specifice unei conduite alimentare defectuoase. Reamintim faptul că această afecțiune a debutat la Alexandra odată cu divorțul părinților, clienta nutrind convingerea că tatăl său a părăsit-o pe mama sa pentru că aceasta era prea grasă.

Celelalte episoade de intensificare a tulburării au fost legate tot de experiențe sexuale și emoționale care i-au afectat stima de sine clientei. Pe baza evenimentelor de viață prin care a trecut Alexandra, ea și-a format convingerea că pentru a păstra un bărbat trebuie să fie în mod obligatoriu „frumoasă și slabă", convingere alimentată în mare măsură și de mesajele de tip mass-media provenite din mediul înconjurător. Aceste convingeri disfuncționale stau la baza schemei cognitive a tulburărilor de conduită alimentară propusă de Vitousek și Hollon (1990). Se poate constata cu ușurință faptul că Alexandra conceptualizează terminarea relațiilor ei emoționale în termeni simpliști, ignorând complexitatea factorilor care ar fi putut duce la acest lucru: „Dacă aș fi fost mai slabă, el nu m-ar fi părăsit".

Modelul comportamental de mâncat compulsiv urmat de vomă provocată reprezintă și rezultatul unor constrângeri în sfera regimului alimentar. Clientele care suferă de această tulburare își formează un set rigid de reguli, de tipul „totul sau nimic", referitoare la ceea ce ai voie sau nu ai voie să mănânci. Restricțiile alimentare conduc la mâncatul compulsiv în mai multe feluri: în primul rând, privarea organismului de aportul caloric conduce la „revolta" acestuia, fapt care îl va determina pe subiect să mănânce în mod compulsiv. În al doilea rând, mâncatul în exces se produce și ca o reacție la emoțiile negative, când autocontrolul slăbește și subiectul nu mai are suficientă forță să mențină regimul alimentar restrictiv.

De asemenea, setul rigid de reguli în domeniul regimului alimentar conduce la ideea că încălcarea unei reguli (subiectul a mâncat ceva interzis) reprezintă o catastrofă, un eşec total, ceea ce îl determină pe pacient să încalce în şi mai mare măsură regula („Dacă tot mi-am dat peste cap regimul, mănânc toată ciocolata!"). Nu în ultimul rând, regimul restrictiv generează efectul „fructului oprit", care face ca alimentele interzise să devină şi mai atrăgătoare. Mâncatul compulsiv ilustrează şi un alt aspect al comportamentului clientului bulimic, şi anume declanşarea unor reacţii de evitare, în loc de a face faţă în mod constructiv situaţiilor stresante (Christiano şi Mizes, 1997).

Amintirile psihotraumatizante referitoare la abuzul sexual suferit, precum și imaginea negativă a corpului propriu pe care Alexandra îl considera ca fiind „dezgustător" vin să complice tabloul clinic al acestui caz. Evaluarea clientului bulimic va trebui să ia în considerare mai multe aspecte: simptome, structura psihică, probleme nutriționale și condiția medicală actuală. Vor fi culese informații referitoare la: frecvența episoadelor de mâncat compulsiv urmate de vomă, utilizarea unor diuretice sau laxative, alimentele evitate de client, pe care preferă să le vomite, alimente pe care le consumă în exces, alte probleme medicale asociate cu tulburarea comportamentului alimentar, greutatea actuală, greutatea minimă și maximă, greutatea ideală, istoria familială referitoare la obezitate, idei sau comportamente suicidare, consumul de alcool, droguri sau medicația psihiatrică utilizată.

Comportamentul alimentar va fi analizat în detaliu împreună cu terapeutul și vor fi evidențiate și aspecte psihologice referitoare la insatisfacția subiectului față de corpul propriu: se cântărește excesiv, nu se privește în oglindă, poartă haine largi sau simte insatisfacție față de felul în care arată atunci când a consumat alimente interzise. Este important ca terapeutul să aducă la lumină și schemele cognitive care stau la baza insatisfacției în raport cu propriul corp. Întrebarea fundamentală la care trebuie găsit răspunsul este următoarea: „Care este motivul pentru care este atât de stresant pentru tine să te îngrași?"

În cazul prezentat, răspunsul Alexandrei se referă la faptul că, dacă va crește în greutate, va deveni neatrăgătoare și va fi părăsită de bărbați.

Un element important al evaluării se referă şi la nivelul depresiei, al anxietăţii sau al altor simptome psihopatologice, precum şi la structura personalităţii, deoarece frecvent clienţii cu probleme de acest gen prezintă şi tulburări de personalitate. Trebuie avut în vedere şi faptul că, la mulţi pacienţi cu bulimie nervoasă, beneficiile menţinerii simptomului pot fi mai mari decât abandonarea acestuia, fapt ce îi face rezistenţi la psihoterapie.

Etapele intervenției cognitiv-comportamentale în cazul bulimiei

Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi cel mai eficient demers terapeutic în tratamentul bulimiei nervoase.

Modelul cognitiv al acestei tulburări are la bază convingerea eronată conform căreia clienta trebuie să fie slabă pentru a avea valoare. Dacă analizăm această convingere, comportamentul aberant al acestor cliente devine mai ușor de înțeles. Odată această convingere identificată și corectată, se va trece la înlocuirea tiparului comportamental *dietă — mâncat compulsiv — vomă* (comportamente nesănătoase) cu unul mai rațional. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a bulimiei nervoase include trei etape:

- Etapa întâi (opt săptămâni) presupune: construirea unei alianțe terapeutice solide, un program de alimentație regulată cu cântărire săptămânală și explicarea tulburării prin intermediul conceptelor terapiei cognitive-comportamentale;
- Etapa a doua (opt săptămâni) are în vedere restructurarea cognitivă, și anume identificarea, combaterea și înlocuirea gândurilor și convingerilor disfuncționale care mențin problema. În această etapă se abordează convingerile legate de forma corporală, preocupările referitoare la greutate, problematica stimulilor declanșatori ai mâncatului în exces, clientul însușindu-și strategii de a le gestiona;
- Etapa a treia (trei săptămâni) este dedicată prevenirii recăderilor.

Etapa întâi

Clienții care suferă de bulimie se simt adesea jenați de comportamentul lor și nu sunt dispuși să discute cu ușurință despre acesta. În același timp, mulți dintre ei manifestă o atitudine ambivalentă referitoare la comportamentul bulimic. Din acest motiv, este absolut necesară formarea unei bune alianțe terapeutice.

Trebuie subliniat faptul că, în cazul clientelor bulimice, un terapeut de sex masculin va avea succes numai dacă este suficient de

empatic pentru a înțelege presiunea socioculturală care se pune pe tinerele femei, sloganul de bază fiind: „Trebuie să fiu slabă ca să am succes". Terapeutul va trebui să abordeze clienta într-o manieră caldă, nonpunitivă şi suportivă. La începutul terapiei, va fi analizată în această manieră balanța beneficiilor şi costurilor menținerii tulburării conduitei alimentare. Conştientizarea costurilor ridicate ale simptomului (îmbolnăvire somatică, depresie, lipsă de randament în activitatea profesională) vor contribui la motivarea clientei să renunțe la comportamentul disfuncțional. Clientei i se vor explica şi principiile terapiei cognitiv-comportamentale, iar către sfârşitul primei etape vor fi abordate din această perspectivă convingerile eronate referitoare la faptul că o dietă restrictivă o ajută să slăbească. Va fi analizată şi relația disfuncțională dintre regimul de slăbire şi mâncatul compulsiv. Clienta va fi ghidată să monitorizeze alimentele ingerate, episoadele de mâncat compulsiv, cele de vomă (sau alte modalități de eliminare a alimentelor) şi va fi analizată schema cognitivă a tulburării bulimice.

Automonitorizarea se va realiza sub forma unor jurnale în care se notează toate detaliile legate de comportamentul alimentar. În cadrul acestor jurnale se vor nota cu exactitate momentul, cantitatea de alimente ingerate, comportamentele de inducere a vomei sau administrarea de laxative după fiecare episod de mâncat în exces, gândurile care i-au venit în minte clientei, trăirile afective, exercițiile fizice practicate, locul unde s-a petrecut episodul bulimic, precum şi orice alți factori care au influențat conduita alimentară. Aceste jurnale vor ajuta la identificarea factorilor declanşatori ai comportamentului alimentar patologic, a gândurilor şi convingerilor disfuncționale referitoare la acest simptom, precum şi la monitorizarea progreselor terapiei pentru persoana respectivă.

Fiecare şedință de psihoterapie va include de la început analizarea jurnalelor clientei în vederea verificării acurateței înregistrărilor. Clienta care nu va accepta aceste automonitorizări nu va face decât să saboteze terapia. În cazul în care se întâmplă acest lucru, terapeutul va aduce în discuție balanța decizională (argument pentru menținerea sau renunțarea la simptom). Având în vedere că acest tip de paciente se tem foarte tare de faptul că ar putea creşte în greutate dacă îşi modifică deprinderile alimentare, terapeutul le va recomanda acestora să se cântărească săptămânal şi să noteze rezultatul, precum şi gândurile şi stările afective pe care le-au trăit când s-au cântărit.

Clientele vor primi și informații referitoare la efectele nocive asupra sănătății, din perspectiva aderării la o dietă excesiv restrictivă, a mâncatului compulsiv urmat de vomă sau a utilizării de diuretice și/sau laxative.

Clientelor li se va explica în detaliu modul în care dieta restrictivă conduce la episoade de mâncat, ca o reacție la starea de foame sau la stări emoționale negative. Acestea din urmă vor conduce la un comportament voluntar de eliminare a alimentelor ingerate, ca rezultat al culpabilității produse de mâncatul în exces coroborat cu teama de creștere în greutate. Odată ce se conștientizează faptul că se poate elimina hrana prin vomă sau prin utilizarea de laxative, acest lucru va conduce la creșterea ingerării cantității de alimente și la creșterea frecvenței episoadelor de mâncat compulsiv pentru aceste persoane. Jena și dezgustul față de comportamentele de eliminare autoprovocate vor duce la rândul lor la intensificarea eforturilor de a controla dieta și în felul acesta ciclul se va repeta.

Un element important al terapiei îl constituie învățarea clientului să se alimenteze în mod regulat (trei mese pe zi, iar între acestea să fie incluse două sau trei gustări la interval de aproximativ trei ore). La începutul demersului terapeutic, majoritatea clientelor vor alege alimente cu aport caloric scăzut, obiectivul final fiind acela de a ajunge la un consum alimentar mediu, regulat și cu un aport caloric normal. De asemenea, clientele vor fi îndrumate să se angajeze în activități agreabile atunci când simt senzația de sațietate și nevoia de a vomita. În cazul Alexandrei, activitățile stabilite au fost plimbările în aer liber, cumpărăturile sau întâlnirile cu prietenele în afara casei.

Majoritatea clientelor au tendința de a opune rezistență la regimul alimentar prescris, din cauza fricii că se vor îngrășa. Acestora trebuie să li se explice faptul că regimul indicat în cadrul terapiei nu duce la creșterea în greutate, ci, dimpotrivă, reduce aportul caloric pentru că stopează tendința de a mânca în exces. Terapeutul se va asigura și de faptul că pacienta nu va face exerciții fizice în exces. În cazul în care, la sfârșitul acestei prime etape, nu se obțin progrese (reducerea semnificativă a episoadelor de mâncat compulsiv urmate de voma autoprovocată sau utilizarea de diuretice și/sau laxative) se poate emite ipoteza că pacienta se află într-un episod depresiv major care necesită medicație psihiatrică, după care se poate relua psihoterapia.

Etapa a doua

În această etapă, clienta va continua demersul de automonitorizare, obiectivul fiind renunțarea totală la dietă și la mâncatul compulsiv. Acum se va acorda o atenție sporită la ce anume mănâncă pacientele, și nu numai la caracterul regulat al meselor. Este cunoscut faptul că subiecții bulimici au tendința de a împărți în mod arbitrar alimentele în „bune" și „rele", dându-și voie să consume doar alimentele permise („bune") și având episoade când înfulecă alimentele „rele".

Este important să se renunțe la această împărțire cu caracter dihotomic, introducându-se treptat în dieta clienților și alimente nepermise în cantitate redusă. Astfel, Alexandra a fost instruită să alcătuiască o listă a alimentelor de care se teme, de la cel mai puțin „periculos" până la cel mai „periculos". În continuare ea a fost ghidată să introducă progresiv în regimul ei și alimente interzise, începând cu cele mai puțin anxiogene. Acest lucru se va realiza în terapie doar atunci când clienta se simte într-o stare relativ bună și își poate controla comportamentul alimentar. Pe măsură ce clienta ajunge să renunțe la autocontrolul rigid al alimentației, aceasta va fi încurajată să mănânce în locuri diferite (restaurant, petreceri etc.). Odată detectați stimulii declanșatori ai comportamentului bulimic, clienta va fi ajutată să-și formeze deprinderi de a gestiona problemele cu care se confruntă. În cazul Alexandrei, declanșatorii sunt de natură interpersonală, clienta mâncând în mod compulsiv atunci când se simte singură și retrăiește amintiri legate de situațiile psihotraumatizante: când a fost părăsită de prieten sau când a fost abuzată sexual. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când clienta vede cupluri care par să se înțeleagă bine sau atunci când urmărește filme de dragoste. Terapeutul i-a recomandat ca în astfel de situații să găsească alternative pentru a gestiona sentimentele de singurătate și abandon (să desfășoare o activitate agreabilă care nu presupune un comportament alimentar).

În etapa a doua a terapiei, se va acorda o atenție sporită gândurilor care îi trec prin minte clientei atunci când se abține de la alimentație, mănâncă în mod compulsiv, vomită sau se cântărește prea des. Aceste gânduri negative trebuie identificate, notate, analizate sub aspectul distorsiunilor negative care stau la baza lor, combătute și apoi înlocuite cu alte gânduri alternative cu caracter rațional. De cele mai multe ori, cognițiile negative asociate cu mâncatul compulsiv țin de gândirea de tip dihotomic („totul sau nimic"), iar cele legate de dietele restrictive și cântăritul frecvent se referă la convingeri referitoare la importanța de a avea un trup subțire. Acestea din urmă sunt strâns legate de imaginea de sine și insatisfacția în raport cu corpul propriu.

Astfel, Alexandra era convinsă că trebuie să fie foarte slabă pentru a fi atrăgătoare și a fi iubită. Acest model s-a activat la clientă atunci când tatăl său a părăsit-o pe mama supraponderală.
Terapeutul a ajutat-o să combată această convingere disfuncțională insistând asupra consecințelor negative care derivă din ea („Toți oamenii sunt superficiali"; „Iubirea ține doar de modul în care arăți"). Au fost abordate și probleme legate de distorsionarea percepției asupra corpului propriu, ținând seamă de faptul că, de cele mai multe ori, nu personale supraponderale sunt cele care se simt grase. Clienta a fost instruită să înceteze să consulte reviste de modă sau să vizioneze emisiuni televizate referitoare la acest subiect. Au mai fost abordate gândurile și convingerile negative distorsionate cu privire la comportamentul masculin.

Etapa a treia

Această etapă are drept obiectiv principal menținerea achizițiilor obținute în urma terapiei. Ședințele se vor realiza acum o dată la două saptămâni. Clientelor li se explică faptul că progresul nu are un caracter liniar şi că se vor înregistra perioade mai bune şi mai puțin bune. Vor fi elaborate planuri pentru gestionarea perioadelor dificile, accentuându-se diferența dintre situațiile în care au loc mici abateri de la comportamentul alimentar sănătos şi recăderea propriu-zisă. Clientele vor fi îndrumate să noteze acele aspecte ale terapiei pe care le-au considerat mai utile şi să redacteze planuri scrise pentru acele situații în care consideră că mâncatul redevine o problemă. Li se atrage atenția acestor cliente să nu cedeze tentației de a începe o nouă cură de slăbire. De regulă, clienții bulimici care au fost tratați prin intermediul psihoterapiei cognitiv-comportamentale au răspuns bine la tratament. Cu toate acestea, se pot produce uneori recăderi, mai ales când un stres puternic acționează asupra clientului şi acesta se simte brusc depăşit de situație.

În astfel de circumstanțe se recomandă analizarea cauzelor care au condus la recădere şi aplicarea acelor strategii cognitiv-comportamentale pe care clienții le-au găsit foarte utile. Săritul peste mese şi alegerea doar a alimentelor permise pot reprezenta primele semne ale unei recăderi. Se va recomanda reînceperea monitorizării consumului de alimente şi a regimului alimentar prescris de terapeut. Marea majoritate a clienților pot recâştiga controlul alimentar fără ajutorul terapeutului, iar cei care nu reuşesc acest lucru pot urma o intervenție psihoterapeutică cognitiv-comportamentală de scurtă

durată. Clienților care nu răspund bine la psihoterapia cognitiv-comportamentală li se poate recomanda o altă formă de terapie, cum ar fi cea interpersonală (ITP) sau medicația antidepresivă.

2.10. Psihoterapia de scurtă durată în cazul insomniei

Van Brunt şi Lichstein (2000) afirmă că 10 până la 20% dintre adulții americani suferă de insomnie severă sau cronică. Clienții mai vârstnici au mai curând probleme cu somnul întrerupt, în timp ce tinerii au mai multe dificultăți la adormire. Frecvența insomniei este mai ridicată în populația feminină, iar incidența insomniei creşte odată cu vârsta (Ford şi Kamerow, 1989). Studiile clinice au evidențiat atât existența insomniei de adormire, cât şi problema dificultăților de menținere a somnului, ultima fiind caracterizată prin treziri frecvente în timpul nopții sau prin trezirea subiecților dimineața foarte devreme. Clienții care se prezintă la psihoterapie aduc în discuție existența uneia sau a mai multor tulburări de somn în forma descrisă de noi mai sus.

Insomnia primară se deosebeşte de celelalte tulburări de somn (secundare) atât în ceea ce priveşte calitatea, cât şi durata somnului. Intervenția terapeutică în cazul insomniei primare începe cu explicarea modelului teoretic cognitivist, în raport cu care se realizează evaluarea şi planul de tratament. Factorii de mediu joacă un rol important în apariția şi menținerea acestei tulburări, evidențierea lor fiind deosebit de importantă pentru succesul demersului terapeutic. Totuşi, o tulburare cronică de somn nu va putea fi explicată numai prin intermediul acestor factori. Insomnia primară ar trebui înțeleasă din perspectiva condiționării unor factori ce țin de ambianța în care se realizează somnul, alături de activarea neurofiziologică şi frustrările pe care le trăieşte clientul atunci când se străduieşte să adoarmă. Ținând seama de aceste constatări, eforturile pe care le întreprinde subiectul pentru a dormi mai bine (de pildă, stă mai mult timp în pat) nu fac decât să înrăutățească simptomul, pentru că expun subiectul la activarea şi frustrarea care apar atunci când acesta încearcă să doarmă. De asemenea, anxietatea asociată cu

somnul insuficient şi neodihnitor generează o stare de activare suplimentară care este incompatibilă cu somnul în sine. La rândul lor, cogniţiile care apar atunci când clientul se străduieşte să adoarmă şi care nu au legătură cu somnul sporesc nivelul de activare (persoana caută soluţii la diverse probleme de viaţă, planifică activităţi viitoare, retrăieşte evenimentele care s-au petrecut în timpul zilei etc.) în loc să conducă la relaxarea subiectului.

Evaluarea clientului care suferă de insomnie

Aşa cum am subliniat anterior, insomnia poate fi un simptom primar sau secundar al altei patologii, cum ar fi depresia, tulburările anxioase, tulburarea afectivă bipolară, atacurile de panică, abuzul de substanţe sau alte condiţii psihopatologice sau medicale. De regulă, trezirea timpurie poate fi considerată un semn al depresiei, în timp ce trezirile frecvente din timpul nopţii pot fi consecinţa unor factori ambientali, a unor probleme medicale (apnee, algii diverse) sau a atacurilor de panică.

Interviul clinic trebuie să ofere informaţii referitoare la următoarele aspecte (Van Brunt şi Lichstein, 2000, p. 286):

- Natura şi severitatea problemei (şase luni de la debutul insomniei)
- Frecvenţa tulburării. Deşi relatările iniţiale ale clientului pot fi vagi („Am tot timpul insomnie"), terapeutul va trebui să obţină date concrete
- Momentul debutului şi împrejurările de viaţă în care a apărut problema. Este vorba despre factori de natură emoţională, factori sociali, economici, despre situaţii stresante etc. În cazul în care insomnia se manifestă sporadic, trebuie determinate circumstanţele care contribuie la apariţia şi exacerbarea acesteia
- Date referitoare la tiparul de somn al clientului: ce înţelege acesta prin somn normal, deprinderile legate de somn, numărul de ore dormite, frecvenţa trezirilor etc.
- Starea clientului din timpul zilei: somnolenţă diurnă, oboseală, dispoziţie, performanţă. Terapeutul va trebui să afle

în ce mod aceşti factori înregistrează fluctuaţii, în funcţie de calitatea somnului din noaptea precedentă
- Reacţiile emoţionale şi comportamentale ale clientului în timpul unei nopţi de insomnie. Ce temeri (adesea iraţionale) nutreşte clientul atunci când nu poate să doarmă? Ce face clientul când nu doarme?
- Igiena somnului: regularitatea programului de somn, consum de cofeină, nicotină, alcool, condiţii de mediu, episoade de somn în timpul zilei
- Aspecte psihopatologice: depresie, anxietate, afecţiuni psihiatrice mai severe
- Aspecte medicale: probleme cardiace, respiratorii, dureri, sindromul picioarelor neliniştite (clientul trebuie îndrumat către medicul specialist dacă astfel de simptome sunt prezente)
- Medicaţie administrată sau consum de droguri (frecvenţa ingestiei, ce tip de medicamente sau droguri consumă şi în ce cantitate)
- Tratamente urmate: ce tip de tratament a urmat, cu ce rezultate, complianţa la tratament
- Opinia clientului cu privire la tulburare: ce părere are în legătură cu etiologia problemei şi ce obiective îşi propune să atingă în urma tratamentului psihoterapeutic.

Studiu de caz

Maria, o profesoară în vârstă de 40 de ani, a început să prezinte tulburări de somn cu şapte luni în urmă. Simptomul principal îl constituia dificultatea de a adormi. Clienta a refuzat să i se adreseze psihiatrului deoarece era de părere că problema ei nu era de natură psihică şi a urmat diverse tratamente prescrise de către medicul de familie, dar fără să obţină vreun rezultat. În cele din urmă, medicul de familie a trimis-o la psihoterapie, unde clienta s-a prezentat mai mult la insistenţele soţului său.

În cazul insomniei primare trebuie realizat diagnosticul diferenţial în raport cu narcolepsia. Aceasta se caracterizează prin somnolenţa diurnă excesivă cuplată cu inabilitatea subiectului de a rămâne treaz chiar în cazul unor sarcini care solicită vigilenţă (conducere auto). Printre alte simptome ale narcolepsiei se numără: catalepsia (scăderea

tonusului muscular în cazul unei emoţii puternice), halucinaţiile hipnagogice (care se produc înainte ca subiectul să adoarmă) şi o paralizie tranzitorie apărută înainte de adormire sau imediat după trezire. Insomnia ar putea fi confundată cu narcolepsia de către un nespecialist, din cauza dificultăţilor de somn din timpul nopţii şi somnolenţei diurne. Cu toate acestea, mulţi insomniaci nu au episoade de somnolenţă diurnă, iar unii pacienţi cu narcolepsie nu au tulburări nocturne de somn.

În cazul în care clientul va relata prezenţa unor simptome specifice narcolepsiei, este necesară investigaţia neurologică. O altă posibilă confuzie apare în cazul tulburării de ritm circadian. Multe funcţii fiziologice, cum ar fi temperatura corpului, alternanţa veghe–somn, urmează un ciclu care durează aproximativ 24 de ore. Tulburarea de ritm circadian apare în cazul în care ritmul unui anumit subiect nu corespunde cu expectaţiile pe care le are în raport cu mediul în care trăieşte. Tulburarea circadiană de ritm se poate confunda şi cu simptomul somnului amânat sau de trezire timpurie. Primul se caracterizează prin aceea că subiectul adoarme mult mai târziu decât ora considerată potrivită pentru somn (între 3 şi 6 dimineaţa) şi este forţat să se trezească mai repede pentru a-şi îndeplini obligaţiile cotidiene. Mulţi studenţi sau persoane care lucrează în schimbul de noapte pot avea astfel de probleme. Persoanele care suferă de sindromul trezirii timpurii au un tipar opus, şi anume ele adorm mult mai repede şi se trezesc foarte devreme.

Un alt element care trebuie avut în vedere în evaluarea insomniei primare se referă la numărul de ore dormite de către client, număr care variază de la individ la individ. O persoană care doarme mai puţin de opt ore va fi considerată insomniacă doar dacă relatează că nu se odihneşte suficient în orele pe care le petrece dormind. De asemenea, deoarece durata şi calitatea somnului se modifică odată cu vârsta, obiectivul tratamentului nu trebuie să vizeze neapărat numărul de ore dormite, ci mai ales calitatea somnului. O problemă medicală importantă o reprezintă apneea nocturnă. Aceşti subiecţi adorm uşor, dar au dificultăţi în menţinerea somnului, prezentând dereglări în ritmul respirator, sforăit, obezitate, cefalee matinală şi somn de calitate mai bună atunci când se află în poziţia şezând.

O altă tulburare care perturbă somnul poate fi cauzată de sindromul „picioarelor neliniştite", caracterizat prin tendinţa puternică de a mişca picioarele în timpul nopţii. Aşa cum am precizat anterior,

terapeutul va trebui să evalueze condiţiile în care se desfăşoară somnul, precum şi reacţiile subiectului în situaţiile în care ar trebui să adoarmă, pentru a identifica factorii care contribuie la menţinerea tulburării.

Maria obişnuia să adoarmă doar atunci când era foarte obosită, de regulă după câteva nopţi „proaste". Aflată în altă localitate, clienta nu avea niciun fel de problemă cu somnul. Maria a relatat şi faptul că simţea o puternică anxietate anticipatorie atunci când venea seara şi rumina o serie de gânduri negative referitor la „cât de rea va fi noaptea şi ce obosită se va simţi a doua zi". În mod evident, profeţiile sale se îndeplineau de cele mai multe ori.

Tulburările Mariei s-au instalat cu aproximativ şapte luni în urmă, când şi-a finalizat şi susţinut lucrarea pentru gradul didactic I şi a suferit de o viroză destul de severă. Fiind răcită, ea nu a dat mare importanţă faptului că dormea prost, dar după ce s-a vindecat a observat că somnul ei nu se ameliorează şi a început să-şi facă griji din această cauză. La scurt timp, clienta a început să ia diverse medicamente care după trei-patru luni au început să nu-şi mai facă efectul. Clienta s-a îngrijorat şi mai mult, întrebându-se dacă va mai putea dormi vreodată normal. Ea continua să ia medicamentele în virtutea obişnuinţei, temându-se că, dacă nu le va lua, situaţia se va înrăutăţi şi mai mult.

Clienta a relatat faptul că, în timpul zilei, se simţea obosită şi nervoasă (mai ales la clasă), fiind în acelaşi timp anxioasă şi supraîncordată (simţea încordare în zona gâtului, umerilor şi cefei şi frecvent acuza cefalee în timpul zilei). Deşi nu a putut fi diagnosticată cu o tulburare de tip anxios, Maria avea un stil cognitiv caracterizat printr-o îngrijorare perpetuă şi gânduri legate de posibile catastrofe care s-ar putea produce.

Criteriile de diagnostic pentru insomnia primară conform D.S.M. IV – TR aplicate în cazul clientei sunt următoarele:

	Probleme prezentate de clientă
Criteriul A	
Simptomul dominant constă în dificultatea de a iniţia sau menţine somnul, sau somn neodihnitor, simptome care s-au manifestat de cel puţin o lună.	Se plânge de dificultăţi de adormire sau menţinere a somnului patru-cinci nopţi pe săptămână în ultimele şapte luni.
Criteriul B	
Tulburările de somn sau fatigabilitatea diurnă asociată produc stări afective negative sau perturbări în	Trăieşte tensional tulburările de somn (este depresivă, anxioasă, irascibilă).

funcționarea socială, ocupațională sau în alte domenii importante ale vieții.	Activitatea profesională este perturbată (refuză să facă ore suplimentare, nu este în formă la clasă; refuză să participe la evenimentele sociale; petrece mult timp în pat).
Criteriul C	
Tulburarea de somn nu apare ca o consecință a narcolepsiei, din cauza unor probleme respiratorii, tulburărilor de ritm circadian sau parasomniei.	Nu au fost înregistrate astfel de tulburări sau plângeri ale clientei.
Criteriul D	
Tulburarea de somn nu apare în cadrul unei boli psihice (depresie majoră, tulburare anxioasă generalizată, tulburare cu aspect delirant etc.).	Deși clienta are perioade de depresie sau anxietate, ea nu întrunește criteriile pentru un alt diagnostic psihiatric.
Criteriul E	
Tulburarea de somn nu reprezintă efectul ingerării unor substanțe (consum de medicamente, droguri) sau a unei afecțiuni medicale.	Maria nu consumă droguri. Tulburarea de somn a apărut cu mult timp înainte să i se administreze somnifere sau tranchilizante.

Strategiile terapeutice
(după Van Brunt și Lichestein, 2000, pp. 292–293)

Strategia terapeutică	Descrierea strategiei
Igiena somnului	Clientul va fi instruit să pună în acțiune anumite deprinderi și comportamente menite să crească probabilitatea unui somn de calitate.
Controlul stimulilor	Modificarea stimulilor care acționează în momentul culcării și schimbarea reacției clientului față de tulburarea de somn. Reconfigurarea dormitorului pentru a induce somnul, și nu o stare de activare. Stabilirea unor reguli stricte pentru utilizarea dormitorului și crearea unor rutine menite să inducă somnul.

Restricţii referitoare la somn	Reducerea timpului pe care clientul îl petrece în pat doar la orele de somn. Odată ce somnul devine mai puţin fragmentat, iar adormirea se realizează mai rapid, durata petrecerii timpului în pat poate fi extinsă. Etapele intervenţiei de restrângere a somnului sunt următoarele: 1. Timpul petrecut în pat este restricţionat la timpul mediu pe care l-a dormit clientul în ultimele două săptămâni, dar nu mai mult de patru–cinci ore. Aţipirea sau rămânerea în pat în timpul zilei sunt interzise. 2. Clientul va alege ora de culcare şi ora de părăsire a dormitorului. 3. Eficienţa medie a somnului va fi calculată ca un procent de timp în care clientul doarme, procent raportat la perioada în care stă în pat. Dacă eficienţa somnului este mai mare de 90%, timp de cinci zile, clientului i se permite să meargă la culcare cu 15 minute mai devreme. 4. În cazul în care eficienţa somnului scade la 85% sau mai mult, timp de cinci zile, timpul petrecut în pat va fi scurtat. 5. În cazul în care eficienţa somnului se situează între 85 şi 90%, timp de cinci zile, orarul rămâne neschimbat.
Comprimarea perioadei de somn	Timpul petrecut în pat va fi redus, întârziind perioada de culcare şi devansând perioada de trezire.
Practicarea exerciţiilor de relaxare	Din experienţa noastră clinică, se obţin rezultate pozitive cu exerciţii de relaxare din cadrul antrenamentului autogen Schultz sau cu exerciţii de imaginaţie dirijată.

Strategii de igienă a somnului
(după Van Brunt şi Lichstein, 2000, p. 293)

Deprinderi care trebuie promovate şi accentuate	1. Realizarea unui mediu propice somnului în dormitor • Temperatură moderat răcoroasă • Linişte • Întuneric 2. 20 de minute baie caldă cu două ore înainte de somn 3. Cină frugală înainte de culcare 4. Exerciţii fizice moderate în cursul după-amiezii 5. Stabilirea unei rutine clare pentru instalarea somnului
Deprinderi la care trebuie să se renunţe	1. Consum de cafea cu patru–şase ore înainte de culcare 2. Consum de nicotină înainte de culcare 3. Utilizarea de alcool seara sau ca adjuvant pentru a adormi 4. Exerciţii fizice intensive cu două ore înainte de culcare 5. Aţipire în timpul zilei 6. Mâncat noaptea 7. Mese abundente seara (grăsimi, ciocolată, fructe crude etc.)

Un obiectiv important al psihoterapiei constă în a-l determina pe client să pună în practică planul de terapie prezentat mai sus.

Terapeutul a constatat faptul că Maria avea obiceiul să rămână în pat mai mult timp decât era necesar, încercând să adoarmă. Acest tip de comportament avea drept rezultat faptul că aproximativ o jumătate din noapte ea stătea în pat şi se enerva că nu poate adormi. Clienta a remarcat faptul că, atunci când se afla cu elevii în excursie, dormea profund, fără probleme, şi a doua zi se trezea odihnită. Terapeutul a urmărit şi destructurarea legăturii condiţionate dintre dormitor şi starea de activare şi înlocuirea acesteia cu asocierea dormitor–somn. La începutul terapiei a fost restricţionat accesul în dormitor strict la perioada de somn. Acest lucru se realizează mai bine atunci când clientei îi este suficient de somn pentru a merge la culcare. Clienta şi-a însuşit şi deprinderile de restructurare cognitivă pentru a face faţă gândurilor cu conţinut anxiogen, precum şi pe cele de relaxare pentru detensionarea psihosomatică. În vederea obţinerii unor informaţii mai exacte cu privire la tiparul de somn, clienta a fost instruită să completeze „jurnalul somnului". Prezentăm mai jos un fragment din cadrul acestui jurnal, adaptat după Van Brunt şi Lichstein (2000, p. 295).

Ziua	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	Ziua 5	Ziua 6	Ziua 7	
Data	2.03.2012							
Ațipit în timpul zilei	35 de minute							
Ora de culcare	10.00							
Ora de adormire	12.35							
Treziri nocturne	5							
Trezire definitivă	6.30							
Calitatea somnului	2							Notați pe o scală de la 1 la 5: 1=somn foarte rău 5=somn excelent
Medicație	Stilnox 1 tabletă							
Total minute/ ore somn	300 de minute							
Perioada cât a fost trează	160 de minute							

În cursul celei de-a doua ședințe de psihoterapie, a fost analizat conținutul jurnalului somnului, din care a rezultat că latența adormirii era la clienta noastră de o oră și trezeci și cinci de minute (timpul scurs din momentul culcării până în momentul adormirii).

Clienta obișnuia să se culce odată cu soțul ei la ora 22, dar nu adormea până în jur de 24.30, timp în care se enerva și își făcea griji pentru că nu adoarme. Observând faptul că pacienta dormea aproximativ cinci ore pe noapte, terapeutul i-a recomandat să mențină ora de trezire la 6.30 și să stabilească ora de culcare cu aproximativ cinci ore și jumătate mai devreme, în jurul orei 1.00 noaptea.

Deși la început clientei i s-a părut această oră de culcare ca fiind prea târzie, ea a constatat că aceasta era ora la care ea adormea în mod firesc, după ce își făcea griji din cauza insomniei, ceea ce se pierdea fiind doar timpul pe care îl petrecea în pat încercând să adoarmă.

Terapeutul va trebui să urmărească atent modul în care clientul derulează planul de psihoterapie. Astfel, în studiul de caz prezentat mai sus, în cursul celei de-a treia ședințe, clienta Maria a relatat faptul că într-o seară s-a simțit foarte obosită și s-a culcat mai devreme, dar imediat ce s-a întins în pat nu a mai putut adormi. Instruită de terapeut în prealabil, aceasta s-a ridicat imediat și a mers să citească într-o altă cameră. Terapeutul îl va informa și îl va pregăti pe client pentru astfel de situații care vor fi abordate constructiv atunci când apar.

Următoarele ședințe de psihoterapie au fost dedicate perfecționării tehnicilor de relaxare, urmăririi programului comportamental referitor la rutina de somn și restructurării cognitive. Au fost abordate mai ales gândurile și convingerile negative cu conținut anxiogen, precum și cele legate de presupusele efecte nocive ale insomniei. În momentul în care Maria a reușit să adoarmă imediat ce se întindea în pat, terapeutul a îndrumat-o să devanseze treptat ora de culcare până când s-a ajuns la șapte ore de somn pe noapte (așa cum se întâmpla atunci când se afla în afara casei). Deoarece clienta continua să fie îngrijorată de faptul că nu dormea cele opt ore considerate absolut necesare, terapeutul i-a explicat faptul că durata somnului diferă de la o persoană la alta. O problemă importantă este aceea că adesea clienții care suferă de insomnie au expectații nerealiste referitoare la calitatea și durata somnului. Astfel, dacă un client se așteaptă ca, după ce s-a obținut o ameliorare a somnului, să nu mai aibă niciodată o noapte neplăcută, când acest lucru va reapărea (din variate motive) se poate reactiva ciclul: insomnie – frustrare – îngrijorare. Terapeutul va normaliza situația explicându-i clientului că orice om obișnuit poate avea fluctuații în ceea ce privește calitatea și durata somnului, învățându-l să facă față în mod constructiv unor astfel de situații, fără a mai pune în acțiune vechile modele de comportament cu caracter dezadaptativ.

Prezentăm mai jos o serie de reguli pe care le poate urma un client care suferă de insomnie (după Van Brunt și Lichstein, 2000, p. 296):

- Stabiliți-vă o oră rezonabilă de trezire și respectați-o cu strictețe;
- Mergeți la culcare doar atunci când vă este cu adevărat, foarte somn;
- Ridicați-vă din pat atunci când nu puteți adormi. Reveniți doar atunci când vă este somn;

- Utilizaţi dormitorul doar pentru somn sau pentru a face dragoste; nu priviţi la televizor, nu mâncaţi şi nu citiţi în pat.

2.11. Psihoterapia de scurtă durată în cazul dependenţei de jocuri de noroc

Ladouceux, Caroline Sylvain şi Boutin (2000, p. 305) subliniază faptul că pasionaţii de jocuri de noroc patologici devin dependenţi emoţional de jocuri, îşi pierd controlul asupra vieţii personale, familiale şi profesionale, prezentând semne ale unei defectuoase funcţionări în plan psihosocial. În anul 1980, Asociaţia Psihiatrilor Americani a recunoscut oficial dependenţa de jocuri de noroc ca fiind o tulburare la nivelul autocontrolului impulsurilor (D.S.M. III).

Pe baza unor studii de caz, Bujoll *et al.* (1994) au pus la punct un program de psihoterapie pentru această categorie de clienţi, program de include patru componente: restructurare cognitivă, rezolvare de probleme, antrenamentul de formare a unor deprinderi de viaţă şi prevenirea recăderilor. În urma acestui demers, starea subiecţilor s-a ameliorat şi progresele s-au menţinut, fiind evidenţiate în urma unei evaluări care s-a realizat după nouă luni. Un alt grup de autori (Sylvain *et al.*, 1997) a obţinut de asemenea rezultate pozitive cu astfel de clienţi, utilizând programe de psihoterapie bazate pe rezolvarea de probleme, autorii respectivi utilizând şi un grup de control. Aceste rezultate s-au menţinut la aproximativ 80% dintre subiecţi, după un intrerval de 12 luni.

Deşi se presupune că motivaţia esenţială a jucătorului este îmbogăţirea, în mod paradoxal toate jocurile autorizate sunt astfel concepute încât să returneze clientului o sumă mai mică decât cea pe care a investit-o. Astfel, dacă cineva şi-ar dori să se îmbogăţească, logic ar fi să evite jocurile de noroc. Teoriile cognitiviste asupra jocului patologic susţin faptul că subiectul nutreşte convingerea iraţională că se va îmbogăţi, în ciuda celor menţionate mai sus. De asemenea, jucătorii au şi alte gânduri şi convingeri negative eronate referitoare la probabilitatea producerii unor evenimente. Aceştia

utilizează tot felul de strategii de joc şi sunt convinşi în mod greşit că abilitățile lor îi vor ajuta să câştige (Ladouceux, Sylvain şi Boutin, 2000, p. 307). În cazul în care aceşti factori de natură cognitivă contribuie la menținerea tulburării, modificarea lor ar trebui să conducă în mod firesc la ameliorarea sau chiar vindecarea acesteia. Distorsiunile cognitive specifice acestor cazuri se referă la iluzia obținerii controlului şi la convingerea că evenimentele sunt predictibile (Ladouceux, Sylvain şi Boutin, 2000, p. 307).

Obiectivul tratamentului constă în conştientizarea concepțiilor eronate referitoare la conexiunile pe care acesta le realizează între evenimente independente, identificarea situațiilor de risc ce conduc la comportamentul de joc, precum şi în restructurarea cognitivă prin înlocuirea acestor gânduri şi convingeri eronate cu unele alternative, mai realiste.

Studiu de caz

Marta, în vârstă de 43 de ani, filolog de profesie, a divorțat în urmă cu aproximativ doi ani de un om de afaceri care între timp a dat şi faliment. Clienta îşi câştigă existența făcând traduceri şi are o situație economică destul de modestă. Dependența de jocuri mecanice s-a instalat la scurt timp după pronunțarea divorțului. Din momentul în care jocurile au început să-i controleze existența, Marta nu şi-a mai cumpărat obiecte de îmbrăcăminte, nu s-a mai dus la gimnastică, coafor sau cosmetică. Mai mult, clienta şi-a vândut apartamentul de trei camere, s-a mutat într-o garsonieră şi s-a izolat de prieteni. Singura persoană cu care mai obişnuia să comunice era un bărbat, partener de joc, cu care întreținea ocazional şi relații intime.

Interviul clinic a evidențiat faptul că Marta îndeplinea criteriile de diagnostic descrise de manualul D.S.M. IV – TR pentru încadrarea în conceptul de joc de noroc patologic. Clienta era obsedată de joc şi se temea de nevoia ei necontrolată de a mări suma de bani cu care juca. Marta a încercat de nenumărate ori să se oprească, dar nu a reuşit deoarece dorința ei de a-şi recupera sumele de bani investite şi de „a învinge maşinăria" era mult prea puternică. Clienta îşi disimula comportamentul față de mama sa, căreia însă îi cerea frecvent bani. Clienta nu avea probleme cu alcoolul sau drogurile şi nu a relatat prezența altor comportamente de tip compulsiv (mâncat, shopping etc.). Dispoziția ei era de tip depresiv, cu unele idei suicidare, deşi, din afirmațiile sale, a rezultat faptul că niciodată nu s-a gândit serios să le pună în aplicare. Marta juca mai ales la sfârşit de săptămână, o partidă de joc durând aproximativ trei–patru ore. Întrebată fiind de terapeut ce sume a pierdut, clienta a afirmat că preferă să nu răspundă.

Teoria sociocognitivă a jocului de noroc patologic postulează faptul că gândurile şi convingerile eronate ale clienţilor conduc la un comportament ce presupune pierderi financiare, modificări ale dispoziţiei (iritabilitate, mânie, depresie) şi tranzacţii financiare lipsite de logică. Aceste simptome combinate cu scăderea drastică a veniturilor au un puternic impact negativ asupra activităţii profesionale, vieţii sociale şi familiale a subiectului. În acelaşi timp, jucătorul pierde din ce în ce mai mult timp la jocuri, ceea ce se repercutează de asemenea asupra vieţii profesionale şi sociale a acestuia.

Aşa cum am subliniat mai sus, jucătorii nutresc o serie de convingeri eronate cu privire la natura jocurilor de noroc şi a rolului lor faţă de acest tip de activitate. Conştientizarea de către client a acestor convingeri disfuncţionale îi generează clientului un stres puternic care conduce la scăderea stimei de sine şi la instalarea unei dispoziţii depresive.

Evaluarea obiectivelor se realizează pe baza unui interviu semistructurat, care investighează următoarele aspecte: istoricul participării la jocurile de noroc, motivaţia solicitării sprijinului, primul contact cu jocurile, primele probleme cu jocurile, probleme familiale, profesionale şi maritale, pierderi financiare, precum şi criteriile propuse de manualul D.S.M. IV – TR pentru încadrarea în categoria de jucător de noroc patologic.

Strategia terapeutică utilizată care a dat cele mai bune rezultate este cea cognitiv-comportamentală, bazată pe modificarea convingerilor negative distorsionate referitoare la jocul de noroc. Această strategie include patru componente (Ladouceux, Sylvain şi Boulin, 2000, p. 308):

1. Înţelegerea noţiunii de comportament aleatoriu. Terapeutul îi va explica subiectului atât faptul că fenomenele aleatorii se produc la întâmplare, cât şi faptul că nu există niciun fel de strategie de a le controla, ceea ce înseamnă că jocul nu poate fi, la rândul său, controlat.
2. Înţelegerea naturii eronate a convingerii nutrite de jucător cu privire la faptul că poate să controleze jocul. Iluzia controlului este aceea care menţine comportamentul compulsiv de joc.
3. Conştientizarea unor percepţii cu caracter eronat cu privire la maniera de derulare a jocului.

4. Restructurarea cognitivă a percepțiilor greșite. Terapeutul va corecta maniera incorectă de verbalizare și convingerile eronate care apar în vorbirea clientului în timpul unei partide de joc.

La începutul terapiei, psihoterapeutul a ajutat-o pe Marta să conștientizeze situațiile care au declanșat și care întreține tendința compulsivă spre jocul de noroc. Clienta a relatat că s-a dus prima oară la jocuri după ce divorțul s-a pronunțat. Ea a menționat că sentimentele că este respinsă de ceilalți o îndemnau să joace (juca mai ales atunci când prietenele ei refuzau să iasă cu ea în oraș). În continuare, terapeutul și clienta au identificat și alte situații de risc care apăreau înainte, în timpul și după partida de joc și aveau la bază: refuzul din partea celorlalți, respingerea, plictiseala, timpul liber, horoscopul favorabil, așa-zisele sentimente premonitorii, faptul că se imagina pe sine câștigând, reveria referitoare la câștiguri consistente, câștigul sau pierderea din ziua precedentă, stări emoționale negative (depresie, frustrare), precum și primirea unei invitații de a participa la joc.

Clienta și-a însușit apoi conceptele psihoterapiei cognitiv-comportamentale, realizând maniera în care factorii de risc deveneau gânduri declanșatoare ale situației de joc (comportament disfuncțional). În săptămâna ce a trecut de la ultima ședință de psihoterapie, Marta a reușit să nu meargă la jocuri timp de patru zile. Gândurile care i-au venit atunci în minte au fost identificate împreună cu terapeutul și întărite. Au fost observate și monitorizate și deprinderile ei de joc: ce tip de aparate utiliza, ce mize, regulile ei personale de joc.

Au fost evidențiate și convingerile și percepțiile ei disfuncționale referitoare la jocul de noroc:

— atracția spontană față de un anumit dispozitiv de joc va fi răsplătită;

— purtarea unei cruciulițe la gât sau faptul că se închină înainte de a începe jocul poartă noroc;

— începerea jocului cu o miză de cinci lei este de bun augur, pentru că cinci este un număr norocos;

— apăsarea rapidă pe buton determină „aparatul să dea câștiguri mai bune";

— utilizarea unui ritm regulat de apăsare conduce la câștiguri mai frecvente.

Clienta a fost solicitată să definească noțiunea de șansă și să realizeze diferențierea dintre jocurile care presupun abilități și cele care se bazează pe șansă. De asemenea, clientei i s-a explicat faptul că vorbirea interioară determină comportamentul nostru, deși de cele mai multe ori nu ne dăm seama de acest lucru. Din acest motiv, vorbirea interioară trebuie conștientizată și apoi modificată.

A fost dezbătută noțiunea de șansă, până când Marta a ajuns la concluzia că este imposibil să prevezi dacă pierzi sau câștigi sau să exerciți vreun control asupra rezultatelor. Terapeutul împreună cu clienta au analizat distorsiunile cognitive

asociate cu tendința de a juca în exces. Întrebată fiind de ce începe întotdeauna jocul cu pokerul, clienta a răspuns că în felul acesta ea testa reacția automatului față de forma în care se afla: dacă mașina plătea bine de la început, aceasta însemna că este ziua ei norocoasă. Terapeutul i-a propus să verifice adevărul ipotezei sale și să constate dacă se întâmplă ca la poker să câștige, iar la celelalte aparate nu. Marta a conștientizat faptul că până atunci ea își spusese în gând că, dacă a mers bine la poker, va câștiga în continuare, iar acest gând o motiva să continue.

A fost supusă verificării și convingerea eronată că Marta joacă de plăcere, deoarece se constată că la mulți jucători plăcerea se transformă foarte repede în stres și frustrare. Terapeutul i-a cerut clientei să monitorizeze ce alte activtăți i-au produs satisfacție înainte de a se apuca de jocurile de noroc, să le reia în măsura posibilităților sau să găsească alte surse de plăcere. În această etapă a terapiei, Marta a jucat doar de două ori pe săptămână și a reușit să se oprească înainte de a-și cheltui toți banii. Clienta a afirmat faptul că a realizat că autocontrolul vine din interiorul ei și că ea este mai puternică decât dispozitivul de joc.

A fost abordată și convingerea disfuncțională centrală referitoare la joc și anume aceea a independenței dintre evenimente. Clienții trebuie să conștientizeze faptul că fiecare rundă de joc nu avea nicio legătură cu cele anterioare și că este inutil să te bazezi pe plățile anterioare ale unui aparat pentru a-ți organiza strategia de joc. A fost subliniat de asemenea și faptul că jucătorii au tendința de a-și aminti câștigurile și de a ignora pierderile. Se precizează că este inutil să intuiești dacă aparatul de poker va plăti bine sau prost, deoarece această eroare de logică îl poate determina pe client să confunde un joc de noroc cu unul bazat pe abilități și să piardă bani în mod inutil.

Clienta a fost întrebată dacă este convinsă de faptul că, jucând la același aparat, acesta se va umple cu monede și va plăti mai bine. Ea a spus că a încercat de mai multe ori să procedeze astfel, dar că a pierdut deși aparatul era plin cu fise. Această intervenție i-a creat Martei un proces de disonanță cognitivă. Au fost discutate, de asemenea și diverse aspecte ale iluziei autocontrolului. Cel mai dificil de abordat a fost însă comportamentul superstițios legat de prezența unor energii pozitive și negative. Astfel, Marta considera că, atunci când se simte relaxată, deține o energie pozitivă care este un semn că va avea noroc.

Terapeutul a ajutat-o să identifice aceste convingeri nerealiste distorsionate și să ajungă la concluzia că, în cazul jocurilor de noroc, niciun fel de energie pozitivă nu poate determina pe cineva să prevadă ceea ce se va întâmpla. Pentru a-i verifica convingerile cu caracter superstițios, Martei i s-a cerut să monitorizeze atent starea în care se află (ce tip de energie deține) și rezultatele jocului. Terapeutul a subliniat încă o dată faptul că modul de a gândi este cel care determină comportamentul compulsiv de joc. Acesta i-a sugerat clientei și că situația ei financiară precară contribuie la dorința de a obține un câștig facil și nu face decât să-i mențină gândirea superstițioasă.

În cazul acestei cliente psihoterapia a durat 20 de ședințe. La sfârșitul terapiei, Marta a realizat faptul că forța de a se abține se află în interiorul ființei sale și că va reuși să-și achite datoriile încet, dar sigur. La interviul clinic realizat după șase luni, s-a constatat că Marta nu a mai frecventat deloc sălile de jocuri. Ea a reluat cursurile de gimnastică aerobică, a început să se ocupe din nou de aspectul ei exterior și și-a luat un serviciu part-time la o firmă de traduceri.

III
Abordări centrate pe soluție

3.1. Psihoterapia scurtă centrată pe soluție

Frank Thomas şi Thorana Nelson (2007) afirmă faptul că psihoterapia scurtă centrată pe soluție se caracterizează prin precizie şi transparență. La baza acestui tip de psihoterapie se află studiile şi experiența clinică ale lui Milton Erickson, Bateson, Wittgenstein, De Shazer şi Berg.

Particularitățile acestui gen de abordare sunt, în opinia autorilor mai sus-menționați, următoarele:

1. Caracterul interacțional

Acesta reprezintă un nou tip de abordare în psihoterapie, un nou mod de a privi vechile probleme, un cadru de referință care presupune abordarea clientului în contextul interpersonal în care acesta îsi desfăşoară existența.

2. Curiozitatea

Deşi curiozitatea se întâlneşte în cadrul multor sisteme psihoterapeutice, aceasta ocupă un loc central în cadrul terapiei centrate pe soluție, deoarece vechile percepții, cogniții şi comportamente sunt analizate fără niciun fel de prejudecată, ca şi cum ar reprezenta concepte noi. Specific acestei abordări este faptul că terapeutul îi adresează în permanență întrebări clientului, manifestând un interes constant pentru problemele acestuia. Această curiozitate este încărcată de optimism şi nu este îndreptată asupra cauzelor şi explicațiilor problemelor simptom, ci asupra unor rezultate pozitive, succese chiar şi parțiale, cât şi asupra resurselor ce țin de client şi context.

Terapeuţii specializaţi în terapie de scurtă durată centrată pe soluţie au convingerea fermă că subiecţii umani au capacitatea de a genera modificări pozitive în cadrul existenţei lor. Aceşti terapeuţi sunt dispuşi să înveţe de la clienţii lor, pentru că aceştia din urmă au foarte mult de oferit. Deşi terapeutul şi clientul conlucrează în cadrul demersului de schimbare, clientul este expert în problematica existenţei sale. În absenţa curiozităţii manifestate faţă de experienţele, semnificaţiile şi expectaţiile clientului, terapeutul nu are prea multe de oferit.

3. Respectul acordat clientului

Toate sistemele terapeutice acordă atenţie respectului faţă de client, dar abordarea centrată pe soluţie postulează acest lucru în mod explicit, datorită convingerii că indivizii se cunosc pe ei înşişi mai bine decât îi pot cunoaşte terapeuţii sau orice alt tip de experţi (Mahlberg şi Sjoblom, 2004). Respectul faţă de client este evidenţiat şi de faptul că obiectivele şi focalizarea demersului terapeutic sunt realizate cu precădere de către acesta.

4. Terapeutul va considera concluziile sale ca fiind ipoteze cu caracter temporar

Astfel, spre exemplu, un studiu de caz ne relevă faptul că un client a afirmat că starea sa depresivă este cauzată de recenta diagnosticare cu cancer. Terapeutul va porni de la premisa că acesta este unicul motiv pentru care clientul se află în cabinet, dar trebuie să fie atent la maniera în care abordează problema, deoarece, pe parcursul desfăşurării terapiei, motivele pentru care clientul a solicitat tratament pot fi şi altele (teama că ceilalţi membri ai familiei se vor îndepărta de el, efectul tratamentului asupra stării materiale a familiei, efectul tratamentului asupra aspectului fizic etc.). Această atitudine relativistă îi va permite clientului să-şi formuleze obiectivele, să-şi adapteze din mers strategiile terapeutice şi, totodată, să-şi modifice expectaţiile.

5. Demersul terapeutic nu are un caracter normativ şi nu conduce la patologizarea clientului

Terapia centrată pe soluţie postulează faptul că experienţa fiecărui client este unică, iar aceasta trebuie discutată într-o manieră nonevaluativă şi nonpunitivă. Clientul nu trebuie constrâns să intre într-un

pat al lui Procust specific unei teorii anume asupra comportamentului uman (Zeig, 1985). Din acest motiv, terapeuții specializați în acest tip de abordare acordă puțină atenție categoriilor diagnostice descrise de D.S.M. IV – TR. Psihoterapia centrată pe soluție adoptă o atitudine nonevaluativă, pornind de la premisa că nu există un mod corect de a trăi o anumită experiență umană.

Identificarea cauzelor nu este neapărat necesară pentru găsirea soluțiilor, iar timpul alocat descoperirii acestora poate chiar să înrăutățească situația (De Shazer şi Miller, 1998, p. 370). În loc de abordarea cauzelor, terapia centrată pe soluție se ocupă de alte aspecte, cum ar fi: identificarea unor excepții de la regulă, identificarea resurselor adaptative ale clienților, trezirea speranței şi întărirea clientului pentru a-şi rezolva singur propriile probleme. Demersul terapeutic centrat pe soluție îşi propune „normalizarea" clientului. În felul acesta, problemele clientului vor fi considerate reacții normale la stres, modificabile, şi nu lucruri imposibil sau dificil de tratat. Practicienii în domeniul psihoterapiei scurte centrate pe soluție au permanent în vedere faptul că problemele clienților nu au un caracter patologic, ci reprezintă doar un alt mod de prezentare a unor situații.

6. Clientul este considerat o persoană competentă

Deşi clienții pot avea limitările lor de ordin fizic, psihologic sau contextual, ei ştiu cel mai bine ce este de făcut, care sunt soluțiile la problemele lor, iar psihoterapia nu face decât să-i ajute să scoată la lumină aceste competențe.

Postulatele psihoterapiei centrate pe soluție (Thomas şi Nelson, 2007):

- Schimbările au un caracter constant şi inevitabil; aşa cum o persoană nu poate să nu comunice, nu poate să nu se schimbe.

- Supoziția conform căreia viața are în acelaşi timp un caracter stabil şi modificabil îl ghidează pe terapeut să lucreze împreună cu clientul pentru facilitarea acesteia.

Uneori, schimbările pot avea şi un aspect neaşteptat şi nedorit. În loc să se descurajeze, psihoterapeutul orientat spre soluție va considera aceste schimbări ca pe nişte oportunități de a învăța ceva despre maniera în care clientul cooperează; va defini aceste schimbări în termeni pozitivi şi le va redirecționa în sensul dorit.

- Dacă ceva nu s-a stricat, atunci nu trebuie reparat!

- Dacă subiectul realizează ceva care funcționează, i se cere să facă mai mult.

- Dacă ceva nu funcționează, i se va cere clientului să nu mai continue acel demers, ci să facă ceva diferit!

O acțiune va fi întreprinsă numai dacă acea acțiune trebuie întreprinsă, iar o abordare complexă va fi pusă în aplicare doar atunci când abordarea simplă s-a dovedit neadecvată. *Soluția se află de fapt în structura problemei,* iar ceea ce este necesar pentru a o identifica este abordarea lucrurilor dintr-o altă perspectivă.

- Clienții vin la psihoterapie cu resursele și abilitățile lor personale și contextuale.

Sarcina terapeutului este să genereze mediul propice pentru ca acestea să fie identificate și actualizate. Acest gen de abordare diferă de celelalte, care consideră în general clienții ca fiind persoane care prezintă anumite deficite. Terapeutul nu va trebui să insiste asupra a ceea ce este negativ, ci pe ceea ce are clientul de făcut pentru a corecta situația. Așa cum am subliniat anterior, clienții sunt cei care știu cel mai bine care soluție este cea mai potrivită pentru ei. Sarcina terapeutului este de a-i ajuta pe acești clienți să-și identifice resursele interioare și să le poată utiliza în direcția dorită, pentru viitor.

- Nu este absolut necesar sa existe o relație logică între natura problemei și soluția acesteia. Rolul terapeutului nu este să realizeze o psihodiagnoză și să repare ceea ce funcționează defectuos, ci să identifice și să amplifice soluțiile potențiale.

Marea majoritate a terapeuților tradiționaliști consideră că este absolut necesar să se cunoască sursa sau cauza problemei, pentru a o putea rezolva. Această abordare poate fi utilă mai ales în domeniul medical, atunci când ne confruntăm cu o intoxicație sau cu o reacție adversă la medicamente, dar nu este neapărat necesară în domeniul dificultăților psihopatologice cu caracter relațional.

Putem afla informații despre o psihotraumă care a avut loc în trecut și care se află la originea problemei actuale, putem să oferim un diagnostic, dar acest lucru nu înseamnă că putem oferi și soluții pentru dificultățile prezente ale clientului. Nu putem șterge cu

buretele ceea ce s-a petrecut în trecut, ci doar să îl ajutăm pe client să găsească în interiorul său soluţia, pe baza experienţei de viaţă de care dispune. Astfel, de pildă, nu este neapărat nevoie să aflăm de unde a apărut cuiul care a perforat cauciucul, ci trebuie să schimbăm roata sau să căutăm un serviciu de vulcanizare.

Psihoterapia centrată pe soluţie este focalizată pe descoperirea resurselor, fiind orientată, aşa cum aminteam, asupra viitorului. În cadrul demersului terapeutic se vor avea în vedere:

- Ce soluţii au dat rezultate în trecut pentru problemele similare identificate;
- Ce funcţionează uneori în prezent când lucrurile stau mai bine;
- Ce a funcţionat în trecut în cazul unor probleme similare, dar nu identice;
- Ce anume i-a ajutat pe alţi oameni în situaţii asemănătoare;
- Ce aspect poate să nu fie direct legat de problemă, dar face ca situaţia să fie mai puţin problematică.

Rolul terapeutului este acela de a-i adresa cât mai multe întrebări clientului, pentru a identifica şi amplifica posibilele soluţii; clientul va fi lăsat să decidă singur care soluţie i se potriveşte cel mai bine.

- Focalizarea terapiei asupra a ceea ce este modificabil şi posibil de atins este mai utilă decât cea realizată asupra aspectelor netratabile care depăşesc capacităţile adaptative ale clientului (Durrant şi Metculf, 1993).

Anumite aspecte ale existenţei reprezintă situaţii date, şi nu probleme de rezolvat. Spre exemplu, un subiect are anumite date genetice sau este posibil să fi suferit un accident în antecedente, care să fi lăsat sechele, iar aceste lucruri sunt imposibil de schimbat. Ceea ce putem schimba sunt atitudinea şi semnificaţia pe care o acordăm evenimentelor trecute. În astfel de situaţii, terapeutul va trebui să-l ajute pe client să accepte inevitabilul şi să analizeze alte modalităţi de a evalua respectivele situaţii, de a se raporta la ele sau de a interacţiona cu acestea.

Ceea ce este modificabil poate ţine de prezent (excepţii de la comportamentul problematic), de viitor, dar nu de trecut, deoarece focalizarea asupra acestuia îi poate declanşa clientului un sentiment

de neputință. De pildă, terapeutul centrat pe soluție care lucrează cu un client care a suferit o pierdere recentă și care se află în plin travaliu de doliu îl va dirija să procedeze în așa fel încât reacția de doliu să se reducă în intensitate și să devină mai puțin dezadaptativă odată cu trecerea timpului.

- O schimbare de mică amploare poate duce la o schimbare mai mare.

Bateson (1979) sublinia faptul că o perturbare minoră poate avea efecte importante asupra sistemului în ansamblu. În practică nu este întotdeauna necesar să demontăm un întreg sistem pentru a-l repara, ci doar o mică apăsare pe un buton poate avea efectul de ansamblu pe care l-am dorit. Steve De Shazer (1985) era de părere că, odată ce o mică modificare a avut loc, vor urma și alte modificări mult mai însemnate. Spre exemplu, dacă o mamă va face o mică schimbare atunci când interacționează cu fiica ei adolescentă, și anume o ascultă mai mult, în loc să vorbească încontinuu, acest lucru va conduce la o modificare în comportamentul fiicei, care va comunica mai bine; acest fapt va avea la rândul său un efect asupra mamei și, în cele din urmă, va contribui la ameliorarea sistemului de comunicare al întregii familii.

În asemenea cazuri, ceea ce trebuie să facă terapeutul este să *nu* reacționeze, să se abțină să întărească schimbarea prin intermediul unor comentarii, interpretări sau sarcini pentru acasă, ci să lase lucrurile să evolueze de la sine, în așa fel încât micile schimbări să determine ulterior un șir de schimbări semnificative.

- Psihoterapia centrată pe soluție este în realitate centrată pe client, care este de altfel, așa cum arătam, cel mai bun expert în domeniul existenței sale.

Terapia menționată se focalizează asupra disponibilităților latente ale clientului de a-și găsi soluții la probleme, nefocalizându-se asupra unor concepte teoretice care țin de experiența și orientarea terapeutului.

Terapeutul nu va proceda la identificarea de distorsiuni cognitive, nu va aplica tehnici de combatere a acestora și de restructurare a stilului negativ de gândire al clientului și nu va pune diagnostice conform Manualului Diagnostic și Statistic. În loc să realizeze toate aceste proceduri, terapeutul îl va asculta cu atenție pe client, îi va

adresa întrebări şi îl va ajuta să exploreze noi posibilităţi de a-şi gestiona problemele. De asemenea, întregul demers terapeutic va avea la bază şi maxima: „Dacă ceva nu funcţionează, încearcă ceva diferit!"

- În cadrul terapiei centrate pe soluţie, relaţia dintre client şi terapeut este una mai curând asemănătoare cu cea dintre un cumpărător şi un vânzător, altfel spus, o relaţie mai apropiată de cele din lumea afacerilor, deoarece numai în acest fel cei doi vor lucra împreună pentru a identifica resurse şi pentru a construi soluţii.

În cadrul acestui tip de relaţie clientul va fi deschis către noi idei, sugestii, reformulări sau încurajări.

- Formularea clară a obiectivelor.

Adesea clienţii vin în terapie cu obiective vag formulate sau chiar nu ştiu care ar putea fi acestea. Aceşti clienţi se prezintă la psihoterapie cu o serie de plângeri, dar nu au nici cea mai mică idee cum va arată viitorul lor în absenţa problemei pe care o semnalează.

În cadrul demersului centrat pe soluţie, clientul va lucra împreună cu terapeutul pentru a stabili obiective care să îndeplinească următoarele condiţii (DeJong şi Berg, 2002):

— Obiectivele trebuie să fie importante pentru client şi stabilite de acesta. Clienţii vor fi mai motivaţi să acţioneze pentru atingerea unor obiective care vor conduce la îmbunătăţirea existenţei lor, la înlăturarea barierelor şi obstacolelor, precum şi la creşterea eficienţei lor personale.
— Obiectivele vor fi formulate în aşa fel încât să se ţină seama de context. Exemplu: obiectivul „Doresc să fiu fericit" are un caracter vag, în timp ce obiectivul „Aş dori să mă înţeleg mai bine cu soţia şi să promovez la locul de muncă" are un caracter concret.
— Accentul va cădea asupra unui aspect dezirabil, şi nu pe absenţa unuia indezirabil. Astfel, obiectivul „Aş dori să fiu mai puţin iritabil" ar trebui formulat în termeni pozitivi: „Aş dori să fiu mai calm şi să mă înţeleg mai bine cu ceilalţi".
— Demersul terapeutic va fi orientat mai mult asupra primilor paşi, decât asupra rezultatului final.

De Shazer (2002), referindu-se la durata scurtă a acestui gen de terapie, a afirmat faptul că „o terapie scurtă este acea terapie în care nu se realizează mai multe ședințe decât este necesar". Din acest motiv, obiectivele terapiei se stabilesc de la începutul terapiei și eventual se corectează pe parcursul acesteia, clienții fiind cei care decid dacă obiectivele au fost atinse și terapia trebuie încheiată.

— Obiectivele stabilite trebuie să fie concrete, posibil de atins, măsurabile și realiste.

Chiar dacă terapeutul va stimula gândirea magică a clientului utilizând întrebarea referitoare la producerea unui miracol („Ce s-ar întâmpla dacă ar avea loc peste noapte un miracol și problema ta va fi rezolvată?"), acesta din urmă va fi ghidat în direcția stabilirii unor obiective posibil de atins. Astfel, dacă un client a fost implicat într-un accident în care cineva și-a pierdut viața, focalizarea se va realiza asupra modului diferit în care clientul va privi situația.

— Obiectivul terapeutic trebuie să aibă un caracter interpersonal, în cadrul acestuia fiecare membru al familiei jucând un rol. Adesea clienții formulează obiectivele în termenii următori: „Dacă soțul (fiica mea) s-ar schimba, totul va intra în normal". În astfel de situații, întrebarea terapeutului ar trebui să sune astfel: „Dar cum te vezi pe tine schimbat dacă un miracol ar avea loc și...?"

Întrebarea-„cheie" a psihoterapiei centrate pe soluție este, așadar, cea referitoare la producerea unui miracol în urma căruia problema clientului ar fi rezolvată.

Instructajul întreg adresat clientului va îmbrăca următoarea formă (Macdonald, 2008, p. 19): *„Să presupunem că mergi la culcare și în timpul nopții se produce un miracol, iar problema ta este rezolvată. Când te vei trezi dimineața, ce anume va fi diferit și te va face să știi că problema ta a fost rezolvată? Care ar fi primele semnale care ți-ar da de înțeles că acel miracol s-a produs și problema este rezolvată?"*

Această întrebare formulată inițial de Steve De Shazer (1985) se aplică de mai bine de 20 de ani cu succes în psihoterapia centrată pe soluție. O astfel de întrebare stimulează gândirea creatoare a clientului și îi produce acestuia o stare afectivă pozitivă. Adesea, clientul tace sau răspunde: „Nu știu". În astfel de cazuri terapeutul va trebui să păstreze un moment de tăcere pentru a-i permite clientului să proceseze informațiile care îi trec prin minte.

Dacă, după aproximativ patru secunde de tăcere (Bryson, 1990) din partea terapeutului, clientul nu reacţionează, i se pot adresa întrebări suplimentare (Macdonald, 2008, p.20), precum:

„Te vei trezi la aceeaşi oră?"

„Vei afla imediat faptul că miracolul s-a produs? De unde vei şti acest lucru?"

„Ce se va mai petrece apoi?"

„Cine anume va mai observa acest lucru?"

„Ce vor spune ei (el, ea)?"

„Şi ce se va mai întâmpla?"

Pentru acei clienţi care nu agreează ideea de miracol, întrebarea ar putea fi formulată astfel: *„Dacă ne-am întâlni peste un an şi problema ta ar fi deja rezolvată, ce mi-ai putea spune?"* În cazul clienţilor care au suferit pierderi (despărţire sau doliu) răspunsul la întrebarea referitoare la miracol se referă de regulă la recuperarea pierderii: „Prietenul meu s-ar întoarce la mine" sau „Mama mea nu ar fi murit". Este evident faptul că aceşti clienţi nu au acceptat încă pierderea şi că ei nu vor fi capabili să-şi reprezinte viitorul decât după ce vor fi acceptat situaţia.

Reacţia terapeutului ar putea fi: „Există vreo şansă ca iubitul tău să revină la tine?" sau „Ar fi bine dacă mama ta ar reveni la viaţă, dar, din păcate, acest lucru nu este posibil".

În astfel de situaţii, focalizarea terapiei ar trebui să se realizeze asupra depăşirii situaţiei de criză.

— Identificarea situaţiilor de excepţie.

Terapia centrată pe soluţie postulează faptul că excepţiile au loc. Mai precis, clientul poate identifica în experienţa sa perioada în care problema-simptom s-a manifestat mai puţin frecvent şi a fost mai puţin intensă, sau chiar nu a avut loc.

Întrebările adresate de către terapeut clientului pot îmbrăca următoarea formă:

1. Sunt convins că există perioade când te aştepţi ca problema ta să se manifeste, dar ea nu apare. Cum procedezi pentru ca acest lucru să se întâmple?
2. Cine a mai observat acest lucru? Cum ţi-ai dat seama că el/ea a remarcat asta?
3. Când devine problema ta mai puţin gravă (mai puţin frecventă)?

4. Când se produc lucrurile în mod diferit?
5. Cum ți-ai dat seama că a proceda în acest fel te ajută? etc.

- Evaluarea.

Schimbarea este mai evidentă atunci când nu se utilizează o evaluare de tip dihotomic „totul sau nimic". Evaluarea unei situații pe o scală gradată de la 0 (situația cea mai rea) la 10 (situația cea mai bună) îi ajută pe clienți și pe terapeuți să cuantifice progresele înainte ca problema să fie pe deplin rezolvată. Exemple:

Pe o scală de la 0 la 10, unde 0 înseamnă cel mai rău cu putință și 10 foarte bine, cum evaluezi situația ta prezentă?

Atunci când ai progresat cu un punct sau două, ce anume a fost diferit?

Ce anume ai făcut pentru ca starea ta depresivă să scadă de la 2 la 5?

Mulți dintre psihoterapeuții specializați în psihoterapie scurtă centrată pe soluție lucrează în cadrul ședințelor în echipă și obișnuiesc să facă la un moment dat o pauză de consultare, după care revin și-i adresează clientului complimente în legătură cu progresele pe care acesta le-a realizat. De asemenea psihoterapeuții care îmbrățișează acest gen de terapie le trasează sarcini pentru acasă clienților lor. Acestea au forme diferite și se pot constitui, în funcție de problemele clienților, fie din experimente în plan comportamental, fie din sarcini cu caracter simbolic.

Structura ședințelor de psihoterapie în demersul centrat pe soluție

Interviul preliminar din cadrul *primei ședințe de psihoterapie centrată pe soluție* are o importanță deosebită deoarece demersul de schimbare terapeutică trebuie să înceapă imediat. Așa cum am amintit anterior, focalizarea demersului terapeutic nu se îndreaptă spre istoria vieții clientului, ci asupra momentului excepțiilor de la problema-simptom. Această focalizare contribuie la activarea gândirii creatoare, care îi dă posibilitatea clientului să exploreze viitorul și să elaboreze planuri de viață. Relația dintre client și terapeut se bazează pe cooperare, respect reciproc și nu are un caracter coercitiv sau punitiv.

Așa cum am subliniat mai sus, deși cunoașterea în detaliu a istoriei clientului nu este neapărat necesară în cadrul acestui tip de

terapie, istoria va fi totuşi ascultată în cazul în care clientul doreşte acest lucru.

Interviul clinic va fi centrat pe relatările clientului, importantă fiind maniera în care acesta îşi prezintă problemele, şi pe limbajul utilizat. Terapeutul va intra în rezonanţă cu limbajul verbal şi nonverbal al clientului şi acest fapt va contribui la stabilirea şi întărirea alianţei terapeutice. Terapeutul se va strădui să formuleze întrebările pornind de la relatările clientului. De asemenea, este indicat să nu se introducă în cadrul dialogului referiri la stările afective decât după ce clientul face primul acest lucru. Astfel, este mai utilă întrebarea „Ce crezi despre aceasta?" în loc de „Ce simţi în legătură cu aceasta?", răspunsul la ultima întrebare având un caracter mult mai vag.

În cadrul primei şedinţe de psihoterapie, i se comunică subiectului că membrii familiei sau vreun prieten pot asista la terapie, în cazul în care clientul consideră acest lucru necesar. Terapia centrată pe soluţie se deosebeşte însă de psihoterapia de familie, în cadrul căreia se lucrează cu membrii familiei, chiar dacă aceştia nu manifestă nicio intenţie de a se schimba. Este util să i se solicite clientului să noteze ce schimbări a realizat înainte să înceapă terapia, sugerându-se astfel ideea că schimbarea va fi inevitabilă.

Întrebările de „deschidere" pentru prima şedinţă de psihoterapie pot să îmbrace forma următoare:

Cum anume doreşti să fii apelat?

Ce anume te-a determinat să te afli astăzi în acest cabinet?

Începând de aici, terapeutul va utiliza cât mai mult posibil termenii clientului, atunci când îi adresează alte întrebări. Şcoala lui Watzlawick (1979) postulează faptul că este mai indicat ca terapeutul să utilizeze în cursul interviului denumirea dată de client problemei sale decât să recurgă la termeni ştiinţifici, deoarece recurgerea la un nou termen îi poate sugera clientului faptul că este contrazis. Studiile au arătat că, în cadrul comunicării cotidiene, 55% din informaţie este transmisă prin intermediul limbajului nonverbal: postură, îmbrăcăminte, tonul şi timbrul vocii, mimică şi pantomimică. Mulţi terapeuţi obişnuiesc să parafrazeze afirmaţiile clientului, dar acest lucru trebuie realizat cu multă atenţie (Macdonald, 2008).

Şedinţa de psihoterapie poate să înceapă cu o scurtă descriere liberă realizată de client, în legătură cu problema sa, mai ales atunci când acesta nu pare să fie sigur de ceea ce doreşte să se întâmple în

demersul psihoterapeutic. Se va trece apoi la așa-numitele întrebări-cheie în legătură cu problema-simptom (Macdonald, 2008, p. 11):

Cât de frecvent se întâmplă aceasta? (zile, momente ale zilei etc.).

De cât timp durează?

S-a mai petrecut acest lucru și înainte?

Cum ai făcut față acestei situații atunci?

Același autor insistă asupra faptului că descrierea problemei trebuie să se realizeze în termeni concreți de tip comportamentalist:

Ce anume s-a spus sau s-a făcut?

Cine a spus sau a făcut?

Cine a observat?

Ce s-a petrecut apoi? Dar mai târziu?

Ce ar mai fi de adăugat?

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic desfășurat într-o primă ședință:

Terapeutul: Ce anume ai dori să obții în urma faptului că te afli aici, în cabinet?

Matei: Nu știu. Cred că aș dori să mă ajutați să mă las de băutură.

T: Câte zile pe săptămână obișnuiești să bei?

M: În fiecare zi.

T: Bei la fel în fiecare zi?

M: Păi beau cam 100 de grame de votcă la prânz și seara încă 100 de grame și o sticlă de vin. În weekend beau mai mult, vin și tărie.

T: Vin și tărie. Ce se întâmplă atunci când bei așa de mult?

M: Continui să beau până când nu mai știu de mine.

T: Până când nu mai știi de tine?

M: Beau atât de mult cam de doi ani.

T: Doi ani? Cine a mai observat că bei atât de mult?

M: Soția mea. Am bătut-o săptămâna trecută când mi-a spus să nu mai beau.

T: Cine altcineva a mai observat faptul că bei atât de mult?

M: Colegii de serviciu și șeful. Mi se întâmplă uneori să nu mă pot trezi și ajung târziu la program.

Unii clienți afirmă că au mai multe probleme sau că nu știu de unde să înceapă. Cu toate acestea, în cazul psihoterapiei scurte eficiente centrate pe soluție este indicat să se lucreze asupra unei probleme, și nu simultan asupra mai multora. În cazul în care

focalizarea terapiei se mută de la o problemă la alta, este dificil să se obțină progrese semnificative.

Terapeutul: Noi putem să lucrăm la început doar asupra unei singure probleme. Care este cea mai importantă problemă pentru tine în momentul de față?
Matei: Băutura mă deranjează, dar acest lucru se întâmplă din cauza depresiei.
T: Vom trece la soluționarea problemei următoare după ce vom rezolva problema băuturii.

Observațiile clinice au evidențiat faptul că rareori în practica terapeutică este necesar să fie abordată și a doua problemă, deoarece soluționarea problemei prioritare le furnizează clienților suficientă energie pentru a-și rezolva singuri celelalte aspecte care îi deranjează.

Nu este exclus însă faptul ca unii clienți să îl testeze pe terapeut, prezentând la început o problemă minoră și abia apoi să o dezvăluie pe cea mai importantă. În astfel de situații, este necesar să se clarifice împreună cu clientul care este problema pe care acesta ar dori să o rezolve la început.

Steve De Shazer (1985) era de părere că întrebarea „de ce?" ar trebui evitată, pentru că răspunsurile la o astfel de întrebare sunt vagi și nu contribuie la clarificarea obiectivelor terapiei. Mai mult, acest tip de întrebare are un caracter punitiv și poate activa o serie de rezistențe la client. O întrebare mai utilă ar fi una care începe cu cuvântul „Cum...?", deoarece aceasta conduce în mod automat la descrieri în termeni comportamentali.

Este indicat să se acorde o atenție specială afirmațiilor clientului care utilizează termenul „trebuie" („Ar trebui să-l iert", „Ar trebui să nu-mi mai fac atâtea griji" etc.), deoarece în spatele unei astfel de afirmații se poate ascunde o persoană semnificativă din viața prezentă sau trecută a clientului. În astfel de situații întrebarea terapeutului ar putea suna astfel: *„Cine spune că tu trebuie să...?"*

Uneori, clientul se prezintă la psihoterapie cu o istorie care nu a mai fost povestită până la data respectivă. Atunci când acest lucru se petrece, poate fi vorba de un abuz sexual din copilărie sau de un secret de familie, situație în care clientul va fi ascultat cu atenție înainte de a se trece la demersul centrat pe soluție. Așa cum am mai subliniat, demersul cu caracter narativ nu este absolut necesar

pentru a obține progrese în cadrul terapiei. Terapeutul i-ar putea adresa clientului următoarea întrebare: *„Să presupunem că mi-ai povestit deja istoria problemei tale, în ce fel ar fi situația diferită pentru tine?"*

În cazul în care clientul insistă să-şi repete povestea, terapeutul va adresa din când în când întrebarea „Ce a urmat apoi?", după fiecare pauză realizată de client pentru a dovedi faptul că manifestă un interes pentru cele relatate, pentru a reduce totodată numărul detaliilor inutile şi pentru a face ca naraţiunea să se desfăşoare mai rapid.

Încercarea clientului de a-şi rezolva problema nu începe odată cu prezentarea la psihoterapie. Majoritatea clienţilor au mai încercat să găsească şi alte soluţii înainte de a i se adresa terapeutului. Salamanca şi colaboratorii (1996) au constatat faptul că acei clienţi care cred că sunt în măsură să influenţeze evenimentele şi care au realizat unii paşi în direcţia schimbării, înainte de psihoterapie, au rezultate net superioare în urma participării la demersul terapeutic.

Întrebarea adresată clientului poate îmbrăca forma următoare:

Au existat unele schimbări, în bine sau în rău, înainte de a te decide să vii aici?

Cine anume a mai observat acest lucru?

Unii clienţi obişnuiesc să critice tratamentele sau chiar terapiile urmate anterior. Cu această ocazie, terapeutul poate obţine informaţii referitoare la acele sugestii sau indicaţii pe care clientul său le va refuza. În cazul în care un alt terapeut este criticat, reacţia va fi următoarea: „Am auzit numai lucruri bune despre acesta până acum". O astfel de afirmaţie demonstrează respect pentru cele afirmate de client, dar şi sugestia că terapeutul nu va fi dispus să joace rolul „ţapului ispăşitor" sau nu se va lăsa prins în capcana bârfelor.

Terapeutul: Ce schimbări au mai apărut în viaţa ta de când te-ai hotărât să renunţi la alcool?
Matei: Am avut o perioadă în care am băut mai puţin şi atunci m-am înscris la masterat şi chiar am promovat sesiunea de iarnă.
T: Ce altceva s-a mai întâmplat?
M: M-am înscris la şcoala de şoferi şi am petrecut mai mult timp cu soţia şi copilul.

Terapeutul îl va ghida pe client să-şi fixeze obiective cât mai concrete şi pragmatice („Nu voi mai consuma băuturi alcoolice niciodată").

Dacă terapia nu progresează, este importantă revizuirea obiectivelor: *„Obiectivul tău când ai venit aici este să... „În ce mod te ajută acest lucru să atingi acel obiectiv?"*

Atunci când obiectivele formulate de client au un caracter vag, clarificarea acestora poate fi facilitată de întrebări de tipul: *„Ce anume va fi diferit?", „Ce vei face în loc de...?"*

Întrebările sunt construite la timpul viitor pentru a sugera ideea că schimbarea va avea loc, şi nu într-o manieră condiţională, „dacă... atunci" („Ce vei face dacă vei rezolva problema?"). Acest gen de întrebări se încadrează în concepţia ericksoniană referitoare la pseudoorientarea către viitor, care presupune construirea unor povestiri cu final pozitiv, pornind de la informaţiile oferite de client. Conversaţia dintre client şi terapeut va face ca acest viitor fericit să fie mai uşor de identificat şi de atins.

O întrebare utilă se referă şi la ce altceva se va mai petrece: *„Ce altceva vei mai face?", „Ce altceva te va mai ajuta?"* etc. Acest gen de întrebări contribuie la facilitarea continuării dialogului terapeutic, chiar în situaţia în care clientului problema nu i se pare clarificată. De asemenea, întrebarea respectivă poate ajuta şi la deblocarea clienţilor stresaţi care furnizează relativ puţine informaţii.

Terapeuţii specializaţi în psihoterapia centrată pe soluţie sunt de părere că este bine să se utilizeze expresia *„în loc de..."*, astfel formularea fiind următoarea: *„Ce anume vei face în loc de...?"* şi nu *„Ce ar fi dacă nu vei mai face acel lucru?"*.

Rezumând, întrebările utile ar fi următoarele (Macdonald, 2008, p. 14):

Ce se va întâmpla când problema ta va fi rezolvată?
Ce vei face în loc de ceea ce faci acum?
Când se va întâmpla acel lucru, în ce va consta diferenţa?
Cum vor afla ceilalţi faptul că lucrurile merg mai bine?
Cine anume va observa primul? Şi mai cine?
Ce altceva va fi diferit? Şi altceva?

Este important ca subiectul să fie întrebat *ce anume va face*, şi nu ce comportament va fi stopat.

Terapeutul: Atunci când lucrurile vor sta mai bine, ce anume vei face?
Matei: Nu voi mai bea atât de mult!
T: Aşadar, vei bea mai puţin?
M: Da.

T: Ce anume va fi mai bine atunci când vei bea mai puțin?
M: Îmi voi petrece mai mult timp cu familia și prietenii, voi scrie la lucrarea de disertație și nu mă voi mai simți atât de obosit.
T: Și cum te vei simți în loc să fii obosit?
M: Plin de energie și dornic să mă apuc de treabă.
În vederea menținerii focalizării asupra soluției, terapeutul va trebui să întrerupă la un moment dat relatările clientului referitoare la problema sa. Deși acest lucru poate părea oarecum stânjenitor, terapeutul îi va demonstra clientului că îi pasă de problemele acestuia utilizând tehnici de intrare în rezonanță și făcând referire la obiectivele pe care și le propune clientul în urma terapiei, ca în exemplul de mai jos:
Matei: Nu are rost să mă refer la obiective atâta timp cât băutura este problema principală. Eu obișnuiesc să beau de ani de zile și...
Terapeutul: Mi-ai povestit deja că bei de ani de zile, că aceasta a fost problema ta de mult timp și aș dori să te înțeleg mai bine. M-ar ajuta mult să te înțeleg mai bine dacă mi-ai spune ce ai dori să obții în urma terapiei.

De un real folos s-a dovedit a fi și întrebarea referitoare la comportamentul de excepție, mai ales atunci când clientul pare să manifeste rezistență la atingerea obiectivelor, cum ar fi, de pildă, în cazul abuzului de alcool sau droguri. În astfel de situații, clienții pot să simtă lipsă de speranță în ceea ce privește capacitatea lor de a se autocontrola pentru a obține schimbarea. Ei pot fi surprinși atunci când realizează faptul că uneori pot amâna sau controla comportamentul problematic, fapt ce le poate crește încrederea că pot să-și dezvolte capacitatea de autocontrol.

Întrebările indicate sunt următoarele (adaptate după Macdonald, 2008, p. 16):

Ce îmi poți spune despre acele perioade când problema nu se manifestă sau se manifestă într-o măsură mai redusă?

Ai afirmat faptul că ai și perioade mai bune, ce este diferit atunci?

Ce anume ai face atunci în loc de ceea ce faci de obicei?

Cine observă faptul că lucrurile stau mai bine în cazul tău? Și mai cine?

Ce observă ei în aceste situații?

Ce altceva mai ai de adăugat?

În cadrul unui astfel de demers există posibilitatea utilizării unor întrebări specifice terapiei de familie de orientare sistemică, întrebări care pot furniza informații utile:

Cine este șeful în familia ta?

Care este modul în care se iau deciziile?
Cine pune în practică deciziile?

Astfel de întrebări pot furniza informații cu privire la raporturile de putere din cadrul familiei. Răspunsurile la aceste întrebări pot fi exprimate şi indirect, de către o parte din clienți, în limbaj nonverbal (astfel, un client afirmă că în familia sa nu există niciun şef şi în acelaşi timp el aruncă o privire asupra soției).

Aşa cum arătam, o importanță majoră în cadrul terapiei centrate pe soluție o au şi întrebările care solicită clientul să realizeze evaluări numerice. Instructajul adresat clientului îmbracă următoarea formă:

Imaginează-ți o scală gradată de la 0 la 10, unde 0 înseamnă cel mai rău, iar 10 că lucrurile stau în cel mai bun mod cu putință. Unde anume te situezi acum? Cât de mult timp îți va trebui pentru a ajunge la 10?

Poate că la 10 reprezintă un obiectiv prea greu de atins, poate ar fi mai realist să alegi o cifră care se află undeva mai jos pe scala ta gradată, ce zici?

Cum vei şti când ai trecut de la o cifră la alta?

Ce va fi diferit atunci când te vei situa la nivelul unei trepte mai înalte decât cea pe care te afli acum?

Cine va observa acest lucru?

Cât timp îți va lua pentru a trece de la o treaptă la una superioară? etc.

Răspunsul la astfel de întrebări poate furniza informații referitoare la expectațiile clientului în legătură cu timpul în care ar dori să se producă o schimbare. Astfel, dacă subiectul dorește rezultate imediate, terapeutul îi va explica faptul că acest lucru este imposibil, deoarece problema durează de mult timp. Dimpotrivă, dacă subiectul se aşteaptă la modificări lente, se pot stabili întâlniri terapeutice la intervale mai lungi de timp. O regulă de aur a terapiei constă în aceea că terapeutul nu trebuie să se străduiască mai mult decât clientul sau să înainteze mai rapid decât ar fi acesta dispus să accepte.

Terapeutul: Cam unde se situează problema ta pe o scală gradată de la 0 la 10, unde 0 înseamnă cel mai rău, iar 10, cea mai bună situație în care speri că te poți afla?
Matei: Cam între 3 și 4.
T: Mai spre 3 sau mai spre 4?
M: Cred că 4.

T: Ce anume ar trebui să se întâmple sau să se schimbe pentru a progresa către nivelul 5?
M: Să mai reduc întâlnirile cu prietenii mei care obișnuiesc să-și petreacă vremea prin baruri!
T: Și cum vei face să rărești întâlnirile cu ei?
M: O să le spun că am foarte mult de lucru la lucrarea de disertație.
T: În afară de faptul că vei lucra mai mult la disertație, cum vor afla ceilalți oameni că ai mai progresat pe scala ta de autoevaluare?
M: Ceilalți mă vor vedea mai mulțumit, cu un autocontrol mai bun, consumând mai puțin alcool. Voi fi mai puțin agresiv cu ceilalți oameni și probabil voi fi o companie mai plăcută.

Terapia centrată pe soluție nu pune un accent deosebit asupra unor trăiri afective, ci asupra comportamentelor. La întrebarea *„De unde vei ști că ai urcat un punct pe scala ta gradată?"*, adesea răspunsul este: *„Mă voi simți..."* Terapeutul va lua act de cele spuse de client, dar va deplasa discuția atât asupra comportamentelor care decurg din acele stări afective, cât și asupra reacțiilor celorlalți la schimbarea respectivă: *„Atunci când te vei simți astfel, ce anume va fi diferit?"*

În acest sens, spre exemplu, solicitarea adresată clientului în termenii următori: *„Pe o scală de la 1 la 10, notează cât de mult ești decis să lupți pentru ceea ce dorești să obții?"* stimulează resursele clientului, motivându-l în direcția schimbării.

Cele mai multe sisteme de psihoterapie postulează faptul că, în cazul în care terapia nu progresează, vina aparține clientului care manifestă rezistență la schimbare. De Shazer (1984) este însă de părere că rezistențele nu au existență reală, fiecare client având maniera sa unică de a reacționa, sarcina terapeutului fiind de a găsi calea cea mai potrivită de a atrage clientul la colaborare. Astfel, dacă subiectul nu-și îndeplinește sarcina pentru acasă, înseamnă că aceasta este formulată în termeni necorespunzători sau nu este prezentată la timpul potrivit. În acest sens, este sarcina terapeutului să-și asume responsabilitatea unei comunicări adevărate, să identifice și să utilizeze corect răspunsurile clientului.

Interviul clinic specific terapiei centrate pe soluție încurajează un nou mod de gândire al clientului, referitor la problemă și la soluțiile posibile pentru rezolvarea acesteia. Informațiile culese în cadrul primei ședințe de psihoterapie vor fi utilizate în continuare pentru a adresa feedbackuri clientului. Astfel, adresarea de complimente va

avea drept scop îmbunătățirea stimei de sine şi trezirea speranței clientului. Mai mult, fiecare şedință de psihoterapie trebuie încheiată cu un feedback adresat clientului şi trebuie să conțină o rezumare a problemei şi adresarea unui compliment. În felul acesta clientul va fi convins că terapeutul a înțeles problema sa şi în acelaşi timp este motivat să progreseze.

Studiile clinice au evidențiat faptul că majoritatea clienților se aşteaptă ca terapeutul să le dea sfaturi sau să le traseze sarcini. Acest din urmă lucru contribuie la întărirea alianței terapeutice, iar faptul că sarcina este sau nu îndeplinită contează în acest demers mai puțin. De asemenea, este de dorit ca sarcina terapeutică să *nu* fie denumită „temă pentru acasă", deoarece această formulare poate avea o conotație negativă pentru mulți dintre clienți. Macdonald (2008, p. 27) prezintă câteva exemple de sarcini terapeutice:

1. Gândeşte-te ce anume din existența ta ai dori să rămână neschimbat.

2. Ai formulat până acum o serie de soluții bune pentru atingerea obiectivelor tale, cred că ar trebui să faci şi mai mult din ceea ce faci deja.

3. Ai încercat multe variante cu rezultate limitate. Ar fi momentul să încerci ceva nou. Tu vei fi cel care va şti cel mai bine ce ar trebui să întreprinzi după ce ai reflectat asupra acestui lucru.

4. În fiecare seară caută să prevezi unde anume te vei situa a doua zi pe scala gradată, referitoare la problema ta, şi notează seara următoare dacă ai avut sau nu dreptate.

5. Alege o anumită zi din cursul săptămânii când te vei preface că miracolul a avut deja loc, dar nu dezvălui nimănui care va fi acea zi.

Prima sarcină este utilă mai ales atunci când situația nu este clară, sau atunci când cele discutate în cadrul primei şedințe de psihoterapie nu au fost suficiente pentru a obține un bagaj necesar de informații. Această sarcină îl încurajează pe client să reflecteze asupra unor aspecte pozitive şi sugerează ideea că schimbarea va avea loc în curând. Cea de-a doua sarcină se utilizează în cazul în care s-au produs anumite schimbări pozitive înainte de şedința de psihoterapie, când clienții vin cu idei personale sau atunci când pe parcursul terapiei se obțin anumite progrese. A treia sarcină se potriveşte în situațiile în care modificările produse înaintea prezentării la terapie nu s-au dovedit utile sau pentru clienții foarte motivați să obțină progrese rapide.

Sarcina a patra este indicată în cazul clienților care indică o cifră unică pe scala gradată şi pentru care faptul că predicția lor s-a dovedit

corectă poate reprezenta un element pozitiv. Cea de-a cincea sarcină terapeutică se aplică mai ales în cazul cuplurilor și familiilor ai căror membri trebuie să se observe unii pe alții pentru a depista dacă cineva simulează că schimbarea pozitivă a avut deja loc. Acest tip de exercițiu îi determină să remarce aspectele pozitive ale comportamentului celorlalți, în loc să se concentreze asupra celor negative.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul instructajului prin intermediul căruia terapeutul îi oferă un feedback lui Matei:

> Ți-ai făcut multe griji în legătură cu faptul că bei prea mult (semnalarea existenței problemei). Sunt cu adevărat impresionat de eforturile pe care le-ai făcut până acum pentru a te lăsa de băutură. Te-ai străduit foarte mult și aceasta înseamnă că știi ce dorești de la viață. Ai avut până acum o serie de idei bune despre cum să renunți la băutură. Te-ai gândit chiar la unele soluții practice, cum ar fi să nu mai ieși în oraș cu prietenii care obișnuiesc să bea, să lucrezi mai mult la lucrarea de disertație, să nu iei prea mulți bani la tine atunci când pleci de acasă și să nu mai amesteci băuturile (complimente). Până data viitoare, pune în practică unele dintre aceste soluții (sarcină terapeutică).

În cazul în care clientul are tendința de a realiza unele comentarii, terapeutul va repeta într-o altă formă elementele instructajului de feedback sau va afirma că cele spuse vor fi analizate în ședința viitoare de psihoterapie. Observațiile clinice au evidențiat faptul că următoarele ședințe de psihoterapie pot fi mai scurte decât ședința inițială.

Este mai bine ca pacientul să nu fie interogat cu privire la modul în care a îndeplinit sarcinile terapeutice, mai utile fiind relatările spontane ale acestuia. În cazul în care ele nu au loc, terapeutul va repeta feedbackul. Dacă însă clientul a încercat să realizeze tema propusă, dar a eșuat, terapeutul îi va cere scuze pentru că nu a ales bine tema sau nu a prescris-o la momentul potrivit.

Întrebările terapeutice „cheie" pentru ședințele viitoare pot fi următoarele (Macdonald, 2008, p. 30):

— *Ce anume s-a întâmplat în sens pozitiv pentru tine de când ai fost aici ultima dată?*

— *Ce altceva?*

Dacă evenimentul pozitiv a avut loc:

— *Cum anume ai procedat?*

Dacă s-au produs evenimente negative:

— *Cum anume ai procedat? Cum ai făcut față situației?*

— *Unde te situezi pe scala gradată de la 0 la 10?*

— *Care este următoarea etapă pentru tine?*

— *Care va fi pasul următor pentru a mai avansa cu un punct?*

La final se oferă feedback: recunoașterea problemei și adresarea de complimente clientului.

Kim Berg și Reuss (1995) propun următoarea structură pentru cea de-a doua ședință de psihoterapie centrată pe soluție:

Evidențiere: „Ce este mai bine?"; „Ce excepții au avut loc?"

Amplificare: Solicitarea mai multor detalii referitoare la evenimentele pozitive și la comportamentele de excepție.

Întărire: Adresarea de complimente și încurajări cu caracter nonverbal referitoare la ameliorări și excepții de la comportamentul problematic.

Reluare: Repetarea procedurii până când nu se mai evidențiază ameliorări sau comportamente de excepție. Notarea pe scala gradată și trecerea la pasul următor. În cazul în care subiectul relatează faptul că au avut loc recăderi, terapeutul îl va interoga nonpunitiv în legătură cu acestea și va relua demersul terapeutic.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat între client și terapeut într-o a doua ședință de psihoterapie centrată pe soluție:

Terapeutul: Ce a fost mai bine pentru tine de când nu ne-am mai văzut?

Matei: Lucrurile au mers mai bine în general, dar ieri am avut o zi proastă. Chiar mi-am dorit să beau ceva.

T: În ce sens ai avut o zi proastă?

M: Am fost atenționat de șef, pentru că nu am realizat bine o lucrare. M-am certat și cu părinții.

T: Cum ai făcut față acestei situații?

M: Mi-am amintit că tema mea a fost încununată de succes, pentru că nu am mai băut nimic în ultimele două săptămâni. Am sunat un prieten și am mers la tenis.

T: Este vorba de un prieten care nu obișnuiește să bea prea mult?

M: Da, este un fost prieten din liceu.

T: Te-a ajutat cu ceva ora de sport?

M: Da. Am reușit să nu mai beau nimic seara.

T: Ai spus că au fost zile când nu ai băut nimic, nu-i așa?

M: Da, au fost zile când nu am băut deloc sau foarte puțin seara.
T: Cum ai reușit să ai zile când nu ai băut deloc?
M: Cred că am avut voință, nu-i așa?
T: Ce altceva a fost pozitiv pentru tine în afara faptului că ai avut voință?
M: M-am concentrat mai bine la serviciu și am stat mai mult în casă la calculator, în loc să ies cu prietenii.

Nu este indicat să se reia discuția referitoare la cifra de pe scala gradată la care s-a plasat clientul la ultima ședință de psihoterapie, decât dacă acesta aduce singur în discuție subiectul respectiv. Ceea ce contează mai mult este trecerea la treapta următoare. Dacă noul scor va fi mai mic decât cel de la ședința trecută, nu se va insista asupra acestui lucru, pentru a nu fi perceput de client ca o critică. Dacă însă clientul se va plasa acum mai sus pe scala gradată referitoare la problema sa, acesta se va considera un succes care va fi comentat de către terapeut.

Terapeut: Pe scala de la 0 la 10, unde anume te-ai plasat astăzi?
Matei: Până ieri aș fi spus 7, dar astăzi cred că mai potrivită ar fi cifra 6.
T: Dacă te situezi la nivelul 6, ce crezi că s-ar întâmpla diferit dacă ai progresa cu un punct?
M: Nu știu. Poate aș bea mai puțin și aș acorda mai multă atenție studiului.
T: Cine a mai observat faptul că ai progresat cu un punct?
M: Mama, soția mea, poate colegii de serviciu.
T: Ce vei face atunci când vei simți nevoia să bei?
M: Voi coresponda cu prietenii mei pe net, voi rămâne acasă, nu voi mai lua băutură în camera mea, pentru că ar trebui să trec prin camera mamei pentru a lua sticla din bucătărie.
T: Faptul că trebuie să treci prin camera mamei pentru a-ți lua sticla de băutură este suficient pentru tine?
M: Până acum a funcționat!
T: Ce vei face dacă nu va mai funcționa?
M: Mă voi programa la psihoterapie.
T: Și ce vei mai face?
M: O voi ruga pe soția mea să mă ajute, poate și pe mama.
T: Mai ai ceva de adăugat la ședința de astăzi?
M: Nu, nu cred că mai am ceva de spus.

Terapeuții specializați în psihoterapie centrată pe soluție sunt de părere că trebuie lăsată libertate totală clientului cu privire la data

fixării următoarei întâlniri. De regulă, clienții solicită un interval ceva mai lung până la următoarea ședință de terapie, pentru a avea timp să pună în practică cele stabilite de comun acord cu terapeutul.

Terapeutul: Matei, au existat perioade în care ai băut foarte mult sau ai simțit nevoia să bei mai mult (recunoașterea problemei). Ai reușit să faci față acestei situații datorită voinței tale și cu ajutorul familiei și prietenilor. Ai avut zile când nu ai băut deloc sau ai băut foarte puțin. Ai fost mândru de tine când ai primit laude la serviciu sau ai lucrat serios la teza de disertație. Ai avut idei valoroase pentru a face față situațiilor când simțeai nevoia să bei mai mult (complimente). Cred că ar trebui să continui să faci acele lucruri despre care crezi că te-au ajutat (sarcină terapeutică). Când ai dori să revii la cabinet? Crezi că ai dori să vii aici din nou?
Matei: Da, e bine așa. Să fixăm data întâlnirii.

Există și situații în care clienții anulează programarea afirmând că se simt bine și nu mai au nevoie de ajutor, dar, de cele mai multe ori, aceștia revin la cabinetul de psihoterapie.

Studiile au evidențiat faptul că aproximativ 25% dintre clienți au nevoie de o singură ședință de psihoterapie, în timp ce majoritatea acestora vor avea rezultate după trei până la cinci ședințe (Macdonald, 2008, p. 33). Unii terapeuți consideră că se poate merge până la 10–12 ședințe, iar în cazul în care nu se obțin progrese, este posibil ca acest gen de terapie să nu fie potrivit pentru clientul respectiv. Nu trebuie să uităm faptul că oamenii au simțuri diferite ale schimbării și, din acest motiv, nu ar trebui limitat numărul de ședințe de psihoterapie. Un avantaj major al terapiei centrate pe soluție este acela că acest gen de abordare nu are niciun efect secundar negativ. Chiar dacă pacientul nu se ameliorează, demersul investigativ și complimentele adresate au un caracter benefic, iar în cazul în care nu s-au obținut rezultate, clientul poate urma un alt tip de psihoterapie.

Studiu de caz

Soții Dana și Cristian au fost trimiși de către medicul de familie la psihoterapie pentru că Dana suferea de depresie și nu a reacționat bine la medicația antidepresivă. Dana, de profesie traducător, lucra mai mult acasă, iar Cristian era manager într-o bancă importantă. Soția avea 40 de ani, iar soțul, 44. Prezentăm mai jos câteva fragmente din cadrul dialogul terapeutic:

Terapeutul: Medicul de familie este cel care v-a sugerat să vă adresați acestui cabinet, nu-i așa?
Cristian: Ei bine, am încercat s-o determin pe Dana să meargă la doctor pentru că lucrurile nu merg prea bine în familia noastră. Ea se poartă altfel decât de obicei și cred că are nevoie de pastile pentru că stă toată ziua și nu face nimic, nici în gospodărie, nici pentru firmă. Din păcate, am fost la psihiatru, dar nu a suportat medicamentele.
T: Și din acest motiv te afli aici, Dana?
Dana: Da, așa cred, de fapt nu știu.
T: Așadar, ați fost la doctor amândoi.
D: Da, amândoi. Cristian a venit și m-a luat de acasă.
C: Am dus-o la doctor și eu am așteptat în mașină.
T: Ce ați dori să obțineți în urma faptului că vă aflați astăzi aici?
C: Aș dori ca lucrurile să reintre în normal, să fie ca înainte.
T: Atunci când lucrurile ar intra în normal, ce ar însemna asta?
C: Dana să nu mai stea ore în șir fără să facă nimic. Eu vin acasă târziu, după o zi grea de muncă, și nu găsesc nimic, mâncarea nu este făcută, este dezordine.
D: Mai fac uneori câte ceva. Azi am făcut o supă...
T: De cât timp stau lucrurile așa?
C: De vreo șase luni.
T: De șase luni, ești de acord, Dana?
D: Cred că totul a început în octombrie, acum vreo cinci luni.
T: Cinci luni. Tu afirmi că uneori faci câte ceva, supă, de exemplu.
D: Da, de când Andreea a plecat la studii în Anglia, nu mai am chef să fac ceea ce făceam înainte.
C: Nu cred că ar trebui să dai vina pe Andreea.
T: Îți este dor de fiica ta?
D: Da, îmi plăcea să gătesc pentru ea. Uneori, ea mă ajuta în bucătărie.
C: Nu înțeleg de ce lucrurile s-au schimbat după plecarea ei. Ea a plecat la studii... nu mi-ai vorbit niciodată despre asta. De altfel, toate deciziile le luați fără să mă întrebați.
D: Nu-i adevărat, te-am întrebat, dar tu ești tot timpul ocupat și a trebuit să o ajut eu să-și depună actele pentru a fi acceptată.
C: Dar am fost la serviciu.
D: Da, știu.
T: Tu petreci multe ore la serviciu, nu-i așa, Cristian?
C: Da, dar am o muncă de răspundere, foarte stresantă.
D: Dar nu uita că după serviciu te oprești de cele mai multe ori cu colegii la restaurant.
C: Da, mă duc să mă relaxez puțin, pentru că nu mă așteaptă nimic acasă. Tu nici măcar nu vorbești cu mine. Stai degeaba sau te uiți la televizor, așa că mă simt mai bine la restaurant.

T: De câte ori te duceai la restaurant înainte, pentru că lucrurile nu mergeau bine acasă?
C: Mai mergeam, dar acum merg mai des și stau mai mult timp.
T: Au mai existat perioade în anii trecuți când ai mai procedat astfel?
C: Nu îmi aduc aminte. Parcă totul s-a petrecut dintr-odată. Mi-ar plăcea ca Dana să-și recapete energia și să facă lucrurile cum trebuie în casă... aș vrea să-mi vorbească.
T: Să-și recapete energia... Ai putea să-mi spui ce schimbări au avut loc de când v-ați dus la doctor și până ați decis să veniți aici?
C: Ei bine, a fost o luptă continuă s-o determin pe Dana să facă ceva... să se miște.
T: Și ce alte schimbări?
C: Deși pare ciudat, am vorbit mai mult despre faptul că trebuie să venim aici. Ne-am certat, dar am vorbit...
T: Dana, ce schimbări ai observat tu de când medicul v-a recomandat să veniți aici?
D: Cred că el a început să fie ceva mai înțelegător.
C: Ce anume a făcut el, astfel încât ți-ai dat seama că a devenit mai înțelegător?
D: Parcă m-a stresat ceva mai puțin. Medicul psihiatru și cel de familie i-au spus că sufăr de depresie. Acum, el nu-mi mai spune tot timpul ce să fac, vine ceva mai devreme acasă.
T: Vine mai devreme acasă?
D: Da, asta mă ajută într-un fel, pentru că m-am săturat să stau toată ziua singură. Anul trecut mergeam la un birou de traduceri, dar a dat faliment și nu mi-am mai găsit serviciu.
C: Da, era mai bine atunci când mergeai la serviciu.
T: Ce anume ar trebui să facă Dana pentru ca lucrurile să stea mai bine?
C: Aș vrea să gătească, să țină casa curată, să plătească facturile...
D: Avem deja de plătit penalizările la vreo două facturi. Avem de plătit cam 10–12 facturi pe lună.
T: Dacă aveți două penalizări înseamnă că Dana a plătit 8 sau 10 facturi.
D: Da, le-am plătit. El nici nu știe ce fac eu în realitate pentru că nici nu-l interesează. Eu am ținut casa, am făcut cumpărăturile, am avut serviciu și am crescut-o pe Andreea. Și el lucrează mult la serviciu, dar nici eu nu am stat toată viața degeaba.
T: Andreea este singurul tău copil?
D: Da.
T: Dana a muncit totuși, nu-i așa?
C: Da, a muncit în gospodărie, a adus și ceva bani în casă.
T: De cât timp nu mai merge Dana la serviciu?
C: Cam de un an.
D: Am lucrat la un birou de traduceri, dar s-a închis. Îmi plăcea să lucrez acolo.

T: Așadar, lucrurile vor sta mai bine atunci când va fi ordine în casă, vei găsi mâncarea făcută și nu vei mai primi penalizări de la furnizorii de utilități.
C: Da, ar fi bine să se întâmple așa.
T: Acestea ar fi primele îmbunătățiri pe care le-ai dori, ce altceva ar mai fi de adăugat?
C: Aș vrea s-o văd pe Dana făcând ceva, pentru că am impresia că vegetează.
T: La ce anume te gândești?
C: Să spele rufele, să calce...
D: Dar fac asta.
C: Să meargă la cumpărături, să plătească facturile... orice...
T: Dana, tu ce crezi, care ar fi acel lucru care ar trebui să se îmbunătățească?
D: Să nu mă mai cicălească tot timpul, să nu mai vină târziu acasă. El găsește mereu ceva de criticat. Eu chiar muncesc. E adevărat că nu mai este la fel de curat ca înainte, dar după felul în care vorbește el, ai putea crede că trăim într-o cocină.
T: Atunci când lucrurile vor sta mai bine, ce va spune el?
D: În loc să mă certe pentru ce nu am făcut, ar trebui să-mi spună: „Ce mai faci iubito? Cum a fost ziua de azi pentru tine?"
T: Ce altceva va mai fi diferit atunci când lucrurile vor sta mai bine?
D: Vom sta de vorbă, ne vom povesti unul celuilalt cum a decurs ziua, vom lua masa împreună. El spune că eu nu pregătesc nimic, dar nu este adevărat.
C: Ar trebui să pregătești tu masa.
D: Mănânci câteva uscături și apoi spui că nu ți-e foame. Când era Andreea acasă, făceam un efort și luam masa împreună. Duminica veneau și părinții mei la masă.
T: Ai dori ca părinții să vă viziteze din nou în weekend?
D: Mama și tata mai trec uneori pe la noi, dar el nu este de obicei acasă.
C: Știi bine că uneori lucrez și duminica.
D: Atunci când nu lucrezi, ești la club sau la restaurant.
T: Atunci când lucrurile vor merge mai bine, Cristian va veni acasă duminica?
D: Da.
T: Ce altceva se va mai petrece atunci când lucrurile vor sta mai bine?
D: Cristian, tu ce părere ai?
T: Este adevărat ce spune Dana, că tu nu stai acasă duminica atât cât ar fi cazul?
C: În weekendurile când nu lucrez, mâncăm împreună. Nu este prea mare lucru pentru mine.
D: Dar nici atunci nu ești prezent.
T: Ce alte lucruri ați dori să se întâmple în familia voastră?
C: Aș dori să discutăm așa cum făceam înainte. Înainte să plece Andreea, voi erați foarte apropiate și eu mă simțeam cumva dat la o parte.
D: Nu m-am gândit că tu simți asta, totuși obișnuiam să discutăm.
C: Da, vorbea despre Andreea sau prin intermediul Andreei.
D: Nu este adevărat. Andreea era o adolescentă obișnuită care ieșea mult cu prietenii sau învăța în camera ei, iar noi chiar vorbeam unul cu celălalt. Nu mi-am

dat niciodată seama că tu te simțeai neglijat. Mâncam împreună, discutam, ieșeam în oraș, mergeam în concediu.
T: Când au încetat toate astea?
D: Atunci când el s-a înscris la clubul ăsta afurisit și a început să bea mai mult decât era cazul.
C: Vrei să insinuezi că sunt alcoolic?
D: Nu, dar nu ești niciodată acasă.
T: Despre ce ați dori să discutați mai mult în viitor?
D: Da, mi-ar face plăcere să discutăm din nou ca înainte.
T: Și Cristian spune că și-ar dori să discutați mai mult unul cu celălalt. Este vorba de acele discuții pe care le aveați atunci când Andreea nu era acasă.
D: Da, mi-e dor de acele momente. Nu înțeleg de ce spui că nu făceam niciodată asta. De fapt comunicam destul de mult.
T: Cristian, tu ți-ai dori ca schimbarea să se refere mai ales la faptul că veți comunica mai mult unul cu celălalt sau la curățenia din casă și la plata la timp a facturilor?
C: La ambele, cred.
T: Ce ți-ai dori să se întâmple prima dată?
C: Ar fi bine dacă am vorbi mai mult, în loc să ne certăm tot timpul.
T: Despre ce ai vrea să vorbiți?
C: Aș vrea să vorbim la fel ca înainte, când eram prieteni și când Andreea nu se născuse încă.
D: Dar asta s-a întâmplat acum 20 de ani!
C: Aș vrea să mai petrecem și concediul împreună, să ne vedem mai des cu părinții tăi și cu ai mei. Nu am mai făcut asta de mult.
D: Spune-i terapeutului de ce nu am mai procedat așa.
C: Este adevărat că eu am fost mai obosit, am băut mai mult, dar nici tu nu ai avut suficientă energie să ieși din casă. Te simțeai rău și din cauza asta te-am dus la psihiatru să-ți prescrie medicamente.
T: Când lucrurile au stat mai bine, ieșeați mai mult împreună?
D: Eu nu pot să merg la club sau la restaurant împreună cu el, pentru că acolo el bea împreună cu băieții. Nu spun că este alcoolic, așa cum mă acuză el.
T: Dacă lucrurile vor merge mai bine între voi, vei merge cu el la restaurant sau în altă parte?
D: Am merge la prieteni, am lua masa împreună, chiar cu o sticlă de vin. Nu băutura este problema, ci faptul că el nu vine acasă. El spune tot timpul că sunt depresivă, dar nu este adevărat.
C: Vrei să insinuezi că problema este a mea, dar nu de asta ne aflăm aici, ci pentru că tu nu te simți niciodată bine în ultimul timp. Nu am venit să vorbim despre așa-zisa problemă a mea cu băutura.
T: Am să vă adresez acum o întrebare mai puțin obișnuită. Dacă ar trebui să evaluați dificultățile prin care treceți pe o scală de la 0 la 10, 10 fiind cea mai bună situație, unde anume v-ați plasa pe această scală?

C: Cred că în jur de 3.
T: Dana, tu ce crezi?
D: Nu cred că lucrurile stau chiar atât de prost, cred că m-aș plasa în jur de 6-7.
C: Tu chiar crezi asta?
T: Te-ai așteptat la faptul că soțul tău va spune 3?
D: Bănuiam faptul că va spune o cifră mult mai mică decât a mea, dar nu chiar atât de mică...
T: Cât de mult timp crezi că vă va lua să ajungeți la 10? Reprezintă cifra 10 un obiectiv realist pentru tine?
C: Nu, cred că 10 este prea mult, m-aș mulțumi cu un 6.
T: Dana, tu ce părere ai despre obiectivul de nota 10?
D: Poate dacă Andreea s-ar întoarce acasă, dar acest lucru nu este posibil.
C: 10 ar însemna pentru tine și ca eu să nu mai beau?
D: Nu, nu am spus asta.
T: Cam cât timp credeți că v-ar lua să ajungeți la nota 8?
C: Câteva luni, poate șase, șapte...
D: Nu chiar atât de mult. Cred că, dacă el ar sta mai mult acasă, ar bea ceva mai puțin și am putea strânge niște bani pentru o excursie, nu ne-ar lua mai mult de două-trei luni.
C: Dacă tu ai face curățenie... ai ieși mai mult din casă... ai face ceva... erai mult mai bine atunci când aveai o ocupație, dar în ultimul timp nu mai faci nimic.
D: E drept că nu mai lucrez la fel ca înainte, dar fac și eu câte ceva. Îmi caut și un serviciu, dar cu criza asta, nu e ușor de găsit.
T: De unde veți afla că ați progresat cu un punct?
C: Ne vom certa mai puțin, vom discuta mai mult, așa cum făceam înainte.
T: Ce înseamnă pentru tine că veți vorbi mai mult?
C: Poate vom vorbi zilnic, cu excepția zilei de miercuri când merg la club.
D: Poate facem un orar, ce zici?
C: Nu, aș prefera să fie ceva spontan, să discutăm puțin fără să ne certăm.
T: Ce ar înseamna pentru tine, Dana, să mai urcați un punct pe scala noastră gradată?
D: Cristian să vină acasă imediat după serviciu, măcar patru zile din săptămână.
C: Aș veni mai devreme acasă dacă am comunica mai mult. Din cauza lipsei de comunicare nu sunt acasă.
D: Dar cum putem comunica dacă nu ești acasă?
T: Vă voi pune acum o altă întrebare mai puțin obișnuită. Aș dori să vă utilizați acum imaginația. Să presupunem că mergeți la culcare și, în timpul somnului, are loc un miracol și problema voastră este rezolvată, de unde veți ști că acest lucru s-a petrecut dimineața, la sculare?
C: Mă voi simți mai bine dispus și voi privi ziua cu optimism, nu o voi lăsa să treacă doar încercând să-i fac față. Voi bea o cafea împreună cu Dana, vom lua

micul dejun și vom sta de vorbă. Până acum nu știam cum să plec mai repede și să mă întorc mai târziu.
D: Ne-am îmbrățișa și ne-am spune bună dimineața, aș pregăti micul dejun. Amândoi am merge la muncă. Cristian m-ar duce cu mașina la serviciu, am sta de vorbă. Dacă el ar veni acasă imediat după serviciu, chiar că ar fi o minune pentru mine. Poate am ieși undeva seara sau am lua cina împreună. Eu aș găti din nou. N-am mai făcut-o în ultimul timp, pentru că el oricum nu vine acasă.
C: Pentru mine ar fi o minune să găsesc casa curată, mâncarea făcută și să aflu că Dana a ieșit din casă, a făcut ceva.
D: Eu cred că miracolul s-a produs deja pentru că eu ies din casă să mă întâlnesc cu prietenele, mai fac treabă, dar tu nu mă întrebi niciodată pentru că nu ești aici.
C: Nici nu mi-am dat seama că ieși din casă, că te vezi cu prietenele, pentru că, atunci când mă întorc, ești acasă. Nu vorbim despre asta, iar dacă totuși vorbim, ne certăm.
D: Mi-ar plăcea să-mi vorbești, să mă încurajezi să-mi caut de lucru. Am senzația că am pierdut-o și pe Andreea, și pe tine. Este adevărat că din teamă m-am simțit mai rău, dar nu cred că sunt cu adevărat depresivă. Ai văzut că pastilele nu au avut niciun efect.
T: Dana ar dori să discute cu tine despre găsirea unui serviciu, despre ce ar putea să facă...
D: Da, poate că aș putea face un masterat, aș putea învăța o limbă rară, dar poate că este cam târziu.
C: Pentru mine nu ar fi o problemă să discutăm despre asta, să o încurajez să lucreze sau să învețe ceva.
T: Credeți că mai aveți ceva de adăugat?
D: Ar trebui să iau totuși medicamente? De asta am venit de fapt, dar eu nu suport pastilele.
T: Ați venit pentru a primi tratament?
D: Nu, am venit pentru că...
C: Am crezut că are nevoie de pastile pentru a o pune pe picioare.
T: Ați povestit multe lucruri despre situația voastră. Este adevărat că a fost foarte dificil pentru amândoi să traversați ultimele luni, pentru că amândoi v-ați simțit foarte singuri. Ați făcut un mare efort să veniți aici împreună în loc să vă certați în continuare. V-ați străduit în timpul ședinței noastre să găsiți soluții pentru ca situația să se îmbunătățească, să fie la fel ca înainte. Dana, tu ești foarte ambițioasă și ai dori să muncești sau să înveți din nou, iar tu, Cristian, ești deja grijuliu față de ea. Amândoi ați ajuns la concluzia că trebuie să comunicați mai mult, să luați masa împreună, să ieșiți în oraș. În funcție de felul în care vor sta lucrurile în continuare, puteți să vă gândiți dacă mai este nevoie de tratament. Dacă decideți că da, va trebui să vă adresați din nou medicului psihiatru. Până atunci, mergeți acasă și puneți în practică soluțiile pe care voi le-ați propus și

reveniți după un timp pentru a-mi spune cum stau lucrurile. În cazul în care credeți că o altă întâlnire ar fi necesară, peste cât timp doriți să ne revedem?
Cei doi au decis să revină peste o lună, timp în care au realizat multe dintre cele ce și-au propus. Dana nu a găsit serviciu, dar s-a înscris la un curs de limba japoneză, iar cei doi au planificat în concediu o călătorie în Anglia la fiica lor, Andreea. Cristian a rărit mult întâlnirile cu băieții la club și a început să petreacă mai mult timp acasă, împreună cu soția.

3.2. Abordarea centrată pe soluție în psihoterapia de cuplu

Abordarea psihoterapeutică a cuplurilor are un caracter complex și solicitant deoarece trebuie să găsească soluții flexibile, eficiente și creative pentru a determina două persoane care nu se înțeleg sau se află chiar în situație de conflict să-și amelioreze relația și să-și stabilească obiective convenabile pentru ambele părți. Terapeutul va trebui să interacționeze cu cei doi parteneri, facilitând integrarea într-un tot a unor puncte de vedere de cele mai multe ori total opuse.

Zeigler și Hiller (2002) consideră că psihoterapia centrată pe soluție dă rezultate pozitive în cadrul cuplurilor din următoarele motive:

— Cuplurile care se adresează cabinetelor de psihoterapie sunt prinse în capcana unei relații disfuncționale pe care o percep ca fiind lipsită de perspectivă. Rolul terapeutului este să-i ajute pe parteneri să se elibereze din această relație închistată și rigidă cât mai rapid și mai eficient.

— Psihoterapia de cuplu, ca de altfel orice psihoterapie, va fi mult mai eficientă și mai creativă atunci când demersul propus de aceasta este orientat spre un scop precis. În cadrul terapiei centrate pe soluție, se va ajunge la un acord referitor la ceea ce va spune fiecare dintre parteneri atunci când aceștia vor considera că psihoterapia a avut succes.

— De asemenea, psihoterapia va avea de câștigat dacă va fi orientată pe resursele și punctele forte ale cuplului, precum și pe experiențele pozitive ale acestuia. Terapia centrată pe soluție va pune în

evidență excepțiile sau acele momente în care relația de cuplu a fost mai puțin problematică. O astfel de abordare contribuie la trezirea speranței și a sentimentului eficienței personale a clienților.

— Psihoterapeutul aparținând acestei orientări va fi un fel de consultant care îi va ghida pe parteneri etapă cu etapă, în direcția armonizării relației dintre ei. Întrebarea referitoare la producerea unui miracol („Ce s-ar întâmpla dacă peste noapte problema voastră ar fi rezolvată?" imaginată de De Shazer, 1986) îi ajută pe parteneri să-și examineze problemele într-o nouă lumină, să descopere și să genereze noi oportunități de schimbare.

— Caracterul flexibil și deschiderea față de nevoile de moment ale cuplului reprezintă una dintre resursele fundamentale ale acestui tip de psihoterapie.

— Demersul psihoterapeutic are un caracter conversațional care facilitează dezvoltarea creativității și stimularea resurselor interioare ale clienților.

Studiu de caz

Marina, o cercetătoare în vârstă de 37 de ani, a sunat la cabinetul de psihoterapie pentru a solicita o programare, afirmând că este vorba de o criză maritală. Soțul ei, George, specialist în domeniul IT, este în vârstă de 42 de ani. În momentul prezentării la cabinet, cei doi manifestau o stare de ușoară anxietate și nervozitate. Maria era ezitantă, iar George afișa o atitudine rigidă.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Marina (cu ochii în lacrimi): George are o relație cu o altă femeie.

George: Dar s-a terminat. I-am spus clar că s-a terminat și că nu a însemnat nimic pentru mine. Mi-am cerut iertare și i-am spus că o iubesc foarte mult.

M (vizibil iritată): Bineînțeles. Crezi că este suficient să afirmi că îți pare rău și cu asta lucrurile să reintre în normal? Mi-am pierdut încrederea în tine și în căsnicia noastră.

Terapeutul: Problema voastră este serioasă. Vă confruntați cu o situație delicată. Mă bucur că ați apelat la mine pentru a vă oferi ajutor (Terapeutul recunoaște existența crizei fără însă a blama pe cineva, subliniind în mod indirect și faptul că cei doi fac eforturi de a rezolva problema).

G: Ca să fiu sincer, nu sunt genul de persoană care crede în psihoterapie. Ea este cea care este dispusă să plătească o grămadă de bani ca altcineva să-i rezolve problemele. Eu aș prefera să mi le rezolv singur. Să nu mi-o luați în nume de rău...

T: Nu iau spusele tale în nume personal. Nici eu nu cred că psihoterapia este potrivită pentru oricine. Cine știe, poate că la sfârșitul întâlnirii noastre vom cădea

de acord că nu mai este nevoie să veniți aici. Dar ce-ar fi totuși să utilizăm timpul în care vă aflați în cabinet pentru a beneficia de experiența mea, care este posibil să vă fie de folos în rezolvarea situației. Nu vom mai stabili o altă întâlnire decât dacă vom fi toți trei de acord că este necesară.

G: Mi se pare corect, dar aș vrea să vă spun că eu și Marina am trecut prin multe și am reușit totdeauna să ne rezolvăm probleme familiale fără ajutor din afară. Cred că putem depăși singuri această situație.

T: De acord, se pare că ați mai trecut prin situații dificile și v-ați descurcat foarte bine. Asta spune multe despre relația voastră.

G: Au trecut aproape 16 ani și avem un copil de 13 ani, elev, care învață bine și face sport. Marina este foarte preocupată de rezultatele lui.

T (afișând o atitudine de neutralitate activă): Eu nu știu prea multe despre voi, dar mi se pare că această criză este serioasă și este foarte important pentru voi să o depășiți. Din ceea ce am înțeles, sunteți de mulți ani împreună și formați o familie reușită; se pare că vă iubiți mult unul pe celălalt și ați dori să salvați această căsnicie. Trebuie să vă mărturisesc că am lucrat cu multe cupluri, unde problema a fost o relație extraconjugală a unuia dintre parteneri. Majoritatea cuplurilor au avut succes. Poate ați dori să vă împărtășesc ceva din experiența acelor cupluri care au avut rezultate pozitive.

M: Da, poate de asta avem nevoie, de o îndrumare cum să depășim situația. Nu facem decât să ne certăm tot timpul. Eu mă gândesc tot timpul la cele petrecute, devin deprimată și încep să-i pun întrebări. Știu că nu ar trebui să o fac, dar nu mă pot abține. George se enervează și ne certăm sau nu mai vorbește deloc cu mine.

T (normalizează situația): Din experiența mea, se pare că acest gen de discuții apare foarte frecvent. Atunci când o relație extraconjugală este descoperită, iar cei doi parteneri încă se iubesc și nu doresc să pună capăt căsătoriei, cel care a descoperit relația are o serie de fantezii în legătură cu aceasta și îi adresează numeroase reproșuri partenerului până când reușește să-l enerveze. Marina, nu-i așa că nu te poți opri să-i tot soliciți lui George detalii despre relație, deși este dureros pentru tine să le auzi și în același timp ți-ai dori ca această suferință să ia sfârșit? (Marina are ochii plini de lacrimi.)

George, de obicei, persoana care a avut relația și a fost descoperită și-ar dori din tot sufletul ca mariajul să fie salvat, să-i arate partenerului cât de vinovat se simte și să-i dovedească acestuia că ține la el cu adevărat. Ceea ce este de apreciat la voi este maniera în care încercați să depășiți situația. Modul în care reacționează fiecare dintre voi este absolut normal. Problema este că voi doi vă aflați pe poziții diferite, ceea ce vă determină să faceți anumite lucruri care, deși sunt de înțeles, doar înrăutățesc situația. Vi se pare corect ce am spus?

Cei doi soți într-un glas: Da.

T: Credeți că veți face eforturi pentru a depăși această criză astfel încât dorințele fiecăruia dintre voi să fie îndeplinite? Astfel, Marina să ceară detalii în legătură cu

ceea ce s-a întâmplat, iar George să-i răspundă fără să se enerveze. George, și tu trebuie să știi că, odată cu trecerea timpului, Marina nu va mai simți nevoia să-ți pună întrebări așa de des, iar tu vei putea spune uneori că nu dorești să vorbești despre asta și că voi doi veți găsi soluția pentru a reface încrederea Marinei.
Cei doi: Da.
T: E bine așa. Acum aș dori să vă adresez o întrebare mai neobișnuită. Să presupunem că mergeți la culcare noaptea și între timp se petrece o minune și situația voastră este rezolvată, vă sculați dimineață și realizați faptul că s-a petrecut ceva deosebit. Aș vrea ca fiecare dintre voi să-mi spună de unde știe că miracolul s-a produs?
M: Ei bine, nu voi mai simți greutatea așa imensă care mă apasă pe piept și nu voi mai vedea cu ochii minții figura acelei femei sau scena în care ei se simt bine împreună într-o cameră de hotel.
T (caută să formuleze soluția în termeni pozitivi): Și ce anume vei simți și vei gândi în aceea dimineață în loc de ceea ce simți sau gândești de obicei?
M: Ei bine, poate voi mai avea unele sentimente de tristețe sau mânie, dar cred că mă voi simți mulțumită de faptul că George și cu mine suntem încă împreună. Poate voi fi mai încrezătoare în faptul că, deși a avut o relație cu o altă femeie, el încă ține la mine, că avem o căsnicie bună și putem să o facem să fie și mai bună. Aș vrea să fiu sigură că el nu se va mai întâlni niciodată cu ea.
G: De câte ori trebuie să-ți spun că te iubesc mai mult decât ești dispusă să crezi? Jur că nu mă voi mai întâlni niciodată cu ea, dar nu pot s-o opresc să-mi trimită mesaje pe telefon sau e-mailuri. Nu mai vreau să am de-a face cu ea, nu-i răspund la mesaje, le șterg imediat. Vreau să fii convinsă de faptul că ești singura femeie care înseamnă ceva pentru mine.
T: George, mi-e clar că tu faci eforturi să o asiguri pe Marina că relația aceea s-a încheiat și că îți pare rău, dar de cele mai multe ori eforturile tale fac mai mult rău decât bine. Ce ar fi dacă te-ai pune în pielea Marinei, ce crezi că ar putea să o determine să aibă mai multă încredere în tine?
G: Nu știu. Încerc să-i dau asigurări. Poate că timpul va rezolva problema.
T: Și altceva? Poate că este vorba de ceva ce tu faci uneori și care o face să simtă că îți pasă de ea... Poate este un lucru mic, neînsemnat...
G: Poate că dacă i-aș răspunde la întrebări fără să mă enervez. Ea este cea care se gândește tot timpul la asta, nu eu.
T: Am observat că Marina a dat din cap, înseamnă că este de acord cu ceea ce spui tu.
M: Da.
T: Marina, aș dori să-ți pun mai multe întrebări despre dimineața de după ce „miracolul" a avut loc. Ce anume crezi că va observa George la tine, astfel încât să fie convins de faptul că simți și gândești în mod diferit?

M: Nu știu. Poate că el va remarca faptul că îi zâmbesc dimineața la sculare. Asta nu s-a mai întâmplat de mult. Poate că va observa și faptul că îl îmbrățișez.
G: Asta ar fi chiar extraordinar! Atunci chiar că mi-ai da speranțe.
M: De fapt mi-am dat seama că nu vreau ca tu să treci așa de ușor peste asta. Mi-ai produs multă suferință și aș vrea să suferi și tu, la rândul tau. Încă nu sunt pregătită să te iert.
T: Ceea ce spui este foarte important. Nu-i așa că este o surpriză pentru tine, George?
G: Nu. Știam asta. Ea vrea să mă rănească pentru că și eu am rănit-o. Înțeleg asta, deși nu îmi face plăcere. Uneori am încercat să mă apăr, dar nu dau vina pe ea. Aș vrea însă ca ea să înțeleagă că și eu am suferit, poate nu chiar atât de mult ca ea, dar am suferit, nu mi-a fost ușor nici mie.
T: Amândoi sunteți de acord cu ideea că George trebuie să plătească pentru suferința pe care ți-a cauzat-o ție, Marina. Dar poate George va da dovadă de suficientă răbdare și va face ceva diferit pentru a reduce suferința voastră. Cunoscând-o pe Marina așa cum este, ce crezi că ar trebui să faci pentru a o determina să înțeleagă faptul că ai acceptat să plătești pentru ceea ce ai făcut?
G: Nu știu, poate că ar trebui ca, în loc să mă enervez, să-i spun că înțeleg că va trebui să treacă ceva timp pentru ca ea să poată depăși necazul ăsta.
T: Este de presupus că, atunci când va veni timpul, lucrurile se vor schimba, vor trece în alt stadiu. Nu știu exact în ce va consta acel stadiu, dar cred că aspectele observate după producerea miracolului vor face parte din acest scenariu.
G: Înțeleg, dar mă întreb cât timp va trebui să treacă până când vom depăși situația asta.
M: Ei bine, nu am vrut să-ți spun până acum, pentru că nu am dorit să vii aici doar pentru ca eu să-mi schimb sentimentele. Sunt conștientă de faptul că tu nu ți-ai dorit să vii pentru că nu crezi în terapie și nu-ți place ca alții să se ocupe de problemele tale. Faptul că ai făcut efortul să vii aici înseamnă foarte mult pentru mine. E un semn că îți dorești cu adevărat să rezolvăm problema.
G: Mă așteptam ca terapeutul să-mi spună tot felul de lucruri neplăcute despre mine. Dar se pare că ați spus multe lucruri de bun-simț pe care, deși nu aș fi dorit poate să le aud, au fost utile, așa că până la urmă a fost un lucru bun că am venit (i se adresează terapeutului).
T: Ce-ar fi dacă amândoi mi-ați spune care au fost lucrurile pe care nu ați fi vrut să le auziți și ce anume a fost bun în faptul că ați venit aici?
G: Ei bine, nu mi-a plăcut când ați spus că este normal ca Marina să dorească să mă lovească pentru suferința pe care i-am produs-o, pentru că în interiorul meu realizez că acest lucru este adevărat. Faptul că am aflat că și alții au probleme asemănătoare și că sunt unele aspecte de care trebuie să ținem seama mi s-a părut util. Uneori mi s-a părut că sunteți de partea Marinei, dar m-am înșelat. Ați avut o atitudine neutră. Mi-a plăcut că ați scos în evidență faptul că ținem

unul la altul și că, deși ne aflăm într-o situație dificilă, avem resurse să trecem peste ea.
M: Ce părere ai despre ideea să mai venim aici? Cred că terapeutul ne poate ajuta.
G: Nu mi-ar plăcea să mă angajez într-un proces de lungă durată, care să țină ani de zile.
T: George, poate ai putea să-mi spui mai bine ce crezi că am putea face în patru sau cinci întâlniri pentru ca lucrurile să ia o altă întorsătură pentru voi.
G: Nu știu dacă putem rezolva problema noastră în câteva întâlniri, dar aș vrea să-ți spun, Marina, că motivul pentru care am avut relația cu femeia aceea ține de noi amândoi. Nu vreau să te învinovățesc, dar în ultimul timp noi nu am fost prea apropiați. Când veneam de la serviciu, tu erai ori plecată, ori te uitai la televizor în camera ta. Nici nu mergeam la culcare în același timp și rareori făceam dragoste. Culmea este că, de când s-a întâmplat povestea asta, am avut relații intime ca în tinerețe. Poate că ceea ce s-a întâmplat, dar și faptul că ne aflăm aici reprezintă pentru noi o șansă să schimbăm ceva.
M: Admiți în cele din urmă că lucrurile nu au mers prea bine între noi în ultimul timp?
G: Da. Îmi aduc aminte că mi-ai spus de mai multe ori asta și m-ai îndemnat să mergem la un consilier, dar nu am vrut să accept ideea că mă simțeam nefericit. Dar dacă tot s-a întâmplat ceea ce s-a întâmplat, suntem aici nu numai pentru a rezolva problema relației extraconjugale, ci și pentru a ne angaja să ne apropiem din nou unul de celălalt.
M: S-a produs un miracol! Cred acum că ceea ce îmi spui simți cu adevărat.
T: Ați făcut o treabă bună astăzi. Ați discutat despre faptul că doriți să salvați această căsnicie, despre cât de mult țineți unul la celălalt, cât și despre faptul că doriți să faceți eforturi comune pentru a depăși situația de criză. Desigur, depășirea crizei s-ar putea să vă ia ceva timp, dar este bine că amândoi ați recunoscut că lucrurile nu mergeau prea bine între voi chiar și înainte ca George să aibă relația cu femeia aceea. Admir onestitatea și curajul de care ați dat dovadă. Experiența mea a demonstrat faptul că, atunci când doi soți fac asemenea eforturi pentru a-și salva relația încă din prima ședință de psihoterapie, au toate șansele de a-și atinge obiectivele.
Cuplul s-a prezentat la cea de-a doua ședință de psihoterapie, cei doi afirmând că lucrurile merg mult mai bine între ei. În decurs de două săptămâni s-au certat o singură dată și au reușit amândoi să pună capăt conflictului fără să trăiască stări afective negative de durată. Marina a afirmat că se simte mai încrezătoare în viitor, pentru că George nu o mai presează tot timpul să-i acorde încredere totală. La rândul său, George a reușit să răspundă întrebărilor soției fără să se enerveze, conștient fiind că acestea fac parte din demersul dificil de reconstruire a încrederii, chiar dacă mai resimțea uneori faptul că Marina dorea să-l facă să sufere, pentru a-l pedepsi pentru ceea ce a făcut. În timpul celei de-a treia ședințe de psihoterapie, cei doi au afirmat că s-au înscris pentru o excursie la

Barcelona. Cei doi au hotărât de comun acord să întrerupă terapia, dar i-au cerut psihoterapeutului permisiunea să revină dacă vor mai simți vreodată nevoia să o facă.

3.3. Psihoterapia centrată pe soluție în cazul depresiei

Pichot (2007, p. 117) descrie despresia ca fiind o stare de vid interior de tristețe intensă, în care subiectul se simte prins ca într-o capcană. Acesta trăiește sentimentul că nu are nicio ieșire, că nimeni nu îl înțelege, că nu mai are nicio soluție. În cazul în care depresia este profundă, subiectul nutrește idei cu conținut suicidar sau chiar poate trece la acțiune. Studiile au demonstrat că aproximativ 95% din populația adultă a Statelor Unite a fost afectată de o formă sau alta de depresie (Institutul Național de Sănătate Mentală, NIMH, 2003). Datele statistice ale aceluiași institut subliniază și faptul că incidența depresiei este de două ori mai mare în rândul femeilor decât în cel al bărbaților.

Simptomele cele mai cunoscute ale depresiei sunt: dispoziție tristă, lipsă de speranță, scăderea interesului și plăcerii față de activitățile considerate înainte agreabile, scădere sau creștere în greutate, scăderea sau creșterea apetitului, insomnie sau hipersomnie, agitație sau lentoare psihomotorie, oboseală, lipsă de energie, sentimente de culpabilitate, autodevalorizare, inutilitate, încercări de suicid, capacitate diminuată de gândire și concentrare a atenției, indecizie (Asociația Psihiatrilor Americani, 1994). În afara acestor simptome, starea medicală generală a clientului poate fi agravată, deoarece starea afectivă influențează starea de sănătate (Kemper, Healhwise, Staff și Smith, 1997). Mai mult, la clienții care suferă de depresie, comportamentele sanogenetice cum ar fi dieta și exercițiile fizice au de suferit.

Cauzele depresiei nu sunt încă pe deplin cunoscute. Cu toate acestea, majoritatea autorilor consideră că la baza depresiei majore stau deficiențe la nivelul neurotransmițătorilor (Kemper *et al.*, 1997, p. 298). Episoadele depresive sunt de multe ori declanșate de evenimente de viață cu conținut negativ: decesul unei persoane apropiate,

pierderi materiale sau ale poziţiei sociale, probleme familiale etc. Cu toate acestea, există şi episoade depresive care apar „din senin", fără o cauză evidentă.

Abordarea terapeutică a depresiei implică medicaţie antidepresivă, psihoterapie sau o combinaţie între cele două. Psihoterapia considerată cea mai eficientă, care este cel mai adesea susţinută financiar de casele de asigurări de sănătate din Statele Unite, este cea de orientare cognitiv-comportamentală. Această abordare îşi propune să modifice modul de gândire al clientului prin identificarea şi înlocuirea gândurilor negative, disfuncţionale, generatoare de depresie. Deşi acest gen de abordare este util pentru un număr mare de clienţi, există şi cazuri în care unele persoane au tendinţa de a deveni şi mai deprimate atunci când li se cere să se concentreze asupra gândurilor negative, cu scopul de a le modifica şi înlocui cu unele alternative, mai realiste. Pentru acestea pare mai potrivită abordarea terapeutică centrată pe soluţie, care are menirea de la le trezi speranţa în legătură cu faptul că schimbarea este posibilă.

De Shazer (1988, p. 7) a afirmat că „problemele sunt probleme şi ele pot fi mai bine înţelese în relaţie cu soluţia lor". Terapeuţii specializaţi în psihoterapie centrată pe soluţie au responsabilitatea de a-i ajuta pe clienţi să-şi identifice resursele personale şi sociale care ar putea fi utilizate pentru obţinerea unui mai bun autocontrol asupra propriei experienţe, în loc să se victimizeze, concentrându-şi atenţia asupra lipsei de speranţă şi neajutorării. La fel ca psihoterapia cognitiv-comportamentală, cea orientată pe soluţie reprezintă un demers focalizat asupra prezentului, demers care îşi propune modificarea comportamentelor, cogniţiilor şi stărilor afective.

Terapia centrată pe soluţie se deosebeşte însă de cea cognitiv-comportamentală în ceea ce priveşte trei aspecte:

— Orientarea asupra viitorului. Terapeutul nu se focalizează pe explorarea soluţiilor posibile pornind de la datele problemei, ci facilitează un scenariu în care problema este deja rezolvată în viitor.

— Rolul terapeutului nu este cel de expert atotştiutor, ca în terapia cognitiv-comportamentală. Dimpotrivă, în terapia centrată pe soluţie clientul este considerat singurul expert în soluţionarea problemelor sale de viaţă. Această abordare pare foarte solicitantă pentru clienţii care se luptă cu depresia şi care se văd pe sine, cel puţin la începutul terapiei, lipsiţi de valoare şi de speranţă.

— Terapia centrată pe soluţie nu se centrează exclusiv asupra legăturii cauzale dintre gânduri, comportamente şi stări afective, ci

asupra tuturor aspectelor vieții clienților, inclusiv a contextului în care aceştia îşi desfăşoară existența. Nu există o idee prestabilită despre elementele asupra cărora trebuie să se focalizeze clientul pentru a realiza schimbarea. Clientul este cel care va stabili singur obiectivele pe care trebuie să le atingă în demersul de schimbare.

Studiu de caz

Elena, o pianistă în vârstă de 27 de ani, a fost trimisă la psihoterapie de către medicul psihiatru. Acesta nu a recurs la medicația psihiatrică, pentru că Elena tocmai descoperise faptul că este însărcinată.

Clienta se înțelegea bine cu soțul, lector universitar, care s-a arătat foarte bucuros la aflarea veștii că soția sa este însărcinată. Elena era disperată și a relatat că încă din adolescență s-a luptat cu depresia, cu bulimia și cu abuzul de analgezice pentru dureri în zona lombară, deși nu a fost evidențiată vreo cauză organică pentru acestea. Elena s-a adresat din nou medicului psihiatru, dar acesta a refuzat să-i mai prescrie tratament din cauza sarcinii.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic centrat pe soluție.

Terapeutul: Medicația antidepresivă a dat rezultate în cazul tău. Este de apreciat faptul că te cunoști foarte bine și știi ce ai de făcut atunci când te simți deprimată.

Elena: M-am descurcat timp de mulți ani și știu ce să fac atunci când situația scapă de sub control.

T: Este un lucru deosebit. Ce altceva ai mai învățat despre tine și despre ce anume dă rezultate în cazul tău?

E: Nu prea multe lucruri. De asta mă aflu acum aici. Am înțeles ce anume generează aceste stări de tristețe. Nu ar trebui să le simt. Ar trebui să fiu binedispusă cu soțul meu.

T: Presupunând că ai avea toate datele pentru a depăși depresia ta, ce ai mai putea adăuga?

E: Se înțelege de ce sarcina nu mă face fericită, de ce mă simt constrânsă, prinsă ca într-o capcană. Poate că asta are o legătură cu mama mea, nu credeți?

T: Pot să spun că îmi lași impresia că ești persoană care se străduiește din răsputeri să-și rezolve problemele și acorzi mult timp analizând situația pentru a găsi răspunsul corect. Am dreptate?

E: Cred că aveți. Nu m-am gândit niciodată la asta înainte.

T: Această trăsătură a ta ne va ajuta mult în timpul terapiei. O să-ți dau multe teme pentru acasă care presupun observație și analiză. Te angajezi la așa ceva?

E: Bineînțeles.

T: Îți voi adresa acum o întrebare mai puțin obișnuită. Să presupunem că mergi seara la culcare și în timpul nopții are loc un miracol și vei afla ce anume îți

produce depresia asta. Dar pentru că ai dormit şi nu ştii că miracolul s-a produs, care crezi că va fi primul lucru pe care îl vei remarca şi va fi pentru tine un semn că miracolul a avut loc?
E: Cred că mă voi simţi fericită că sunt însărcinată şi voi discuta cu Dragoş despre asta şi nu mă voi mai teme că voi ajunge la „sapă de lemn".
T: Cum aşa?
E: De fapt mă tem că, dacă voi avea copilul, nu voi mai putea merge la serviciu, nu voi mai continua cariera muzicală, voi avea şi mai puţini bani şi viaţa noastră se va schimba în rău.
T: Dacă vei scăpa de ideea că ajungi „la sapă de lemn" ar fi o dovadă că miracolul a avut loc?
E: Da, evident. Asta este de fapt problema mea, mă tem că nu voi mai putea lucra şi acest lucru ar avea consecinţe foarte rele asupra mea şi asupra familiei mele.
T: Voi schimba acum puţin conţinutul întrebării. Să presupunem că miracolul s-a produs şi că ai căpătat deplină încredere în faptul că vei lua decizii corecte, care te vor împiedica să pierzi serviciul, şi depresia ta a dispărut; de unde vei şti tu acest lucru?
E: Mă voi simţi liniştită şi eliberată.
Focalizarea demersului terapeutic asupra deciziei corecte a clientei de a consulta un specialist şi asupra acelor aspecte care ar putea fi diferite atunci când problema ar fi rezolvată a condus la stimularea resurselor clientei pentru a se angaja în procesul de autovindecare.
Datorită tendinţei Elenei de a analiza foarte mult ce i se întâmplă, ea a mai avut şi alte revelaţii între şedinţele de psihoterapie. Terapeutul a insistat atât asupra schimbărilor pe care clienta le-a produs în urma ideilor care i-au venit în minte, cât şi a modului în care aceste schimbări au condus-o mai aproape de realizarea „miracolului" pe care şi-l doreşte.
În urma terapiei, clienta s-a acomodat cu ideea de a avea un copil şi a început să-şi facă planuri când să revină la serviciu după încheierea concediului de îngrijire a copilului. Înainte de a se prezenta la psihoterapie, Elena îşi punea serios problema să renunţe la sarcină şi să opteze pentru tratamentul psihiatric.

3.4. Consilierea centrată pe soluţie în managementul organizaţiilor profesionale

Trainerii şi consultanţii din domeniul psihologiei organizaţionale din Marea Britanie au fondat o asociaţie a celor care utilizează tehnici

centrate pe soluție în rezolvarea problemelor organizațiilor profesionale (McKergow, Jenny Clarke și Jackson citați de Macdonald, 2008, p. 160), asociație denumită SOLWORLD.

În cadrul revistei specializate în psihologia afacerilor, „Managementul astăzi", Butcher (2005) include tehnicile centrate pe soluție alături de analiza tranzacțională, programarea neurolingvistică, metode ale gestaltterapiei și interviul apreciativ. Spark (1989) a demonstrat că abordarea centrată pe soluție ameliorează comunicarea în cadrul grupului de muncă și contribuie la creșterea performanțelor.

Hoffman *et al.* (2006) au realizat un studiu comparativ, în care s-a utilizat antrenarea managerilor de nivel mediu din domeniul alimentației (*snack food*) prin tehnici centrate pe soluție, rezultatele companiei respective fiind comparate cu unele ale altei companii similare unde acest antrenament nu s-a realizat. Marea majoritate a rezultatelor au pledat în favoarea metodelor de pregătire centrate pe soluție.

Macdonald (2008) a utilizat, la rândul său, cu succes acest tip de demers pentru managementul conflictelor. Antrenamentul managerilor trebuie să debuteze cu câteva date elementare referitoare la principiile terapiei centrate pe soluție, insistându-se asupra diferențelor dintre acest tip de abordare și alte metode specifice psihologiei organizaționale. Parkinson (1965) era de părere că un bun manager nu întreabă „de ce?" și nu se ocupă în mod excesiv de istoria problemei, ci se va concentra asupra a ceea ce trebuie făcut „acum". Întrebările-cheie cu care trebuie început acest demers sunt următoarele (Macdonald, 2008, p. 163):

Care este problema?

Este necesar să se solicite o descriere a problemei în termeni comportamentali:

Ce se întâmplă?

Cine anume și ce face?

Când anume se întâmplă?

Suntem siguri că acel lucru se întâmplă?

De unde știm că se întâmplă?

Care sunt pașii mici care ne vor demonstra faptul că mergem într-o direcție corectă?

Ce poate fi întreprins?

Cine trebuie să facă acel lucru?

Care este pasul următor în direcția soluției?

Terapeutul va oferi soluții grupului doar după ce membrii acestuia au prezentat propriile lor soluții.

Adesea, în cadrul unei organizații, apare situația în care o schimbare este susținută de unii membri și respinsă de alții. Uneori, o astfel de situație poate fi rezolvată prin intermediul unor negocieri directe, dar există și cazuri în care aceste tehnici nu dau rezultate și trebuie să se recurgă la alte metode.

Herman de Hoogh (2000) a elaborat o listă de probleme care pot fi exprimate în termeni comportamentali, precum și una care include soluțiile pentru a le rezolva. Această listă poate fi aplicată pentru a structura ședința preliminară de preluare a grupului a cărui funcționare se dorește optimizată.

Focalizarea asupra problemei	Focalizare asupra soluției
1. Plângeri, nemulțumiri	1. Obiectivele pe care și le propun indivizii și echipa în ansamblu.
2. Ipotezele referitoare la problemă	2. Aspecte pozitive și resursele de care dispun membrii și echipa.
3. Istoria problemei (plângeri, nemulțumiri)	3. Succesele anterioare obținute de indivizi și de echipă în ansamblu.
4. Întrebări referitoare la trecut	4. Sugestii oferite de indivizi/grup pentru soluționarea problemei.
5. Previziuni, prognoze	5. Planificarea de către indivizi/grup a primilor pași în direcția rezolvării situației.
6. Sfaturi rezultate în urma focalizării asupra problemei	6. Sfaturi rezultate în urma focalizării asupra soluției.

(Adaptată după modelul interviului de evaluare propus de Herman de Hoogh, 2000)

Interviul clinic realizat în cazul grupului de muncă va continua cu următoarele întrebări (Macdonald, 2008, p. 168):

- *Descrieți modul în care va arăta situația peste un an, când problema voastră va fi rezolvată?*
- *Ce a fost întreprins până acum pentru a se stinge acest obiectiv?*
- *Cine a contribuit la atingerea acestui obiectiv?*
- *Ce a făcut el/ea?*
- *Din ce motiv v-ați făcut griji în urmă cu un an?*
- *Ce v-a determinat să renunțați la grijile pe care vi le-ați făcut atunci?*

Conducătorul grupului va nota şi va realiza o sinteză a răspunsurilor şi apoi vor fi oferite sugestii către grup pentru a-şi atinge obiectivele.

În cazul în care avem de-a face cu un proces de negociere între două grupuri, procedura va fi aplicată separat pentru fiecare grup şi apoi va fi alcătuit un plan de acţiune care are la bază elementele comune asupra cărora grupurile au căzut de acord. Ambele grupuri vor fi informate cu privire la opiniile părţii adverse, insistându-se asupra faptului că părţile trebuie să ajungă la soluţii comune.

Critica productivă (constructivă) este considerată de unii autori tot o metodă de intervenţie centrată pe soluţie (Macdonald, 2008, p. 171). Există numeroase situaţii în domeniile afacerilor sau în domeniul educaţional în care este necesară administrarea unui feedback ce include cerinţe de schimbare pentru optimizarea performanţelor personale sau ale grupului.

O critică eficientă trebuie realizată prin intermediul unor formulări care să sugereze faptul că membrii grupului dau dovadă de multă competenţă. Grupul profesional a cărui activitate se doreşte a fi modificată va fi abordat utilizându-se întrebări şi afirmaţii de tipul următor (Macdonald, 2008, p. 172):

- *Ce aşteptaţi dumneavoastră, în calitate de manager, de la acest demers?*
- *Când veţi părăsi încăperea (se adresează atât managerului, cât şi membrilor grupului) ce anume credeţi că a fost benefic în cadrul discuţiilor purtate?*
- *Mă aştept ca voi să modificaţi aceasta...*
- *Sunt convins de faptul că veţi găsi calea să o faceţi...*
- *Probabil că v-aţi gândit deja cum aţi putea schimba această situaţie.*
- *Ce anume sugeraţi?*
- *Explicaţi-mi cum anume vă va ajuta/va funcţiona ceea ce aţi propus.*

În cazul în care nu a apărut nicio soluţie constructivă generată de membrii grupului, moderatorul va trebui să stabilească o nouă întâlnire peste câteva zile şi procesul va fi reluat pornind de la soluţiile propuse de participanţi.

3.5. Abordarea centrată pe soluție în cazul sindromului de epuizare profesională (burn-out)

Yvonne Dolan şi Thorana Nelson (2007, p. 249) sunt de părere că sindromul de epuizare cauzat de factori de natură profesională are multe aspecte comune cu sindromul posttraumatic de stres. Astfel întâlnim: senzaţie de oboseală accentuată, depresie, tulburări de memorie şi de atenţie, senzaţie de plictiseală şi saturaţie.

Psihoterapia scurtă centrată pe soluţie face apel, în cazul sindromului de epuizare profesională, la întrebările referitoare la identificarea unor excepţii de la comportamentul obişnuit, la producerea unor posibile miracole, la evaluarea comportamentelor pe scale gradate, precum şi la adresarea de complimente pentru a-l determina pe client să identifice singur soluţii posibile, pentru a ameliora situaţia şi a evita părăsirea locului de muncă.

Studiu de caz

Cornelia, în vârstă de 38 de ani, absolventă de pedagogie, lucrează în calitate de formator (trainer) la o companie multinaţională. Aceasta a fost trimisă la cabinetul de psihoterapie de către şeful direcţiei de resurse umane, care era de părere că suferă de sindromul de suprasolicitare profesională. Clienta este foarte slabă, palidă, cu o expresie pierdută şi cu ochii în lacrimi. Este căsătorită cu un om de afaceri, rigid şi foarte ocupat, are doi copii şi locuieşte într-o vilă în localitatea Snagov.

T: Ai fost trimisă la cabinet de şeful tău, care crede că eşti epuizată. Ce părere ai? Crezi că are dreptate?

C: Probabil. Am făcut multe greşeli la serviciu. Nu pot să mă concentrez, uit să răspund la mesaje, nu mai sunt stăpână pe mine atunci când trebuie să fac un training cu un grup, parcă am un gol în minte, tremur, nu mai ştiu de unde să încep. De un timp nici nu dorm bine, mă trezesc mereu la ora 2–3 noaptea şi nu mai adorm. Colegii sunt nemulţumiţi de mine. Nu mai sunt cea dinainte.

T: Erai o foarte bună profesionistă şi acum se întâmplă ceva diferit.

C: Da. Ieri m-am certat foarte rău cu un coleg pentru că nu mi-a adus o lucrare. Am ţipat la el şi i-am adresat cuvinte grele. Cred că am avut o reacţie disproporţionată. După aceea mi-am cerut scuze, dar m-am simţit în continuare foarte prost. Ieri m-am dus la şeful meu şi i-am spus că nu înţeleg ce este cu mine, fac greşeli stupide, nepermise. Şeful mi-a dat liber şi mi-a sugerat să mă programez pentru o şedinţă de psihoterapie. Să fiu sinceră, nu doream să fac

asta, pentru că mi se pare că este un lucru în plus pe care trebuie să îl fac și am și așa destule de făcut.
Terapeutul i-a spus Corneliei că, dacă ar fi în locul ei, s-ar simți la fel. În continuare acesta i-a adresat întrebarea următoare:
T: Ce crezi că ar trebui să se petreacă în timpul ședinței de psihoterapie astfel încât să consideri că ți-a fost de folos și nu a fost o pierdere de timp?
Dialogul terapeutic s-a desfășurat în continuare astfel:
C: Aș fi capabilă să gândesc mai clar, aș ști ce ar trebui să fac pentru a mă simți mai bine. Poate m-aș simți mai puțin depășită de situație. Tot ce făceam la firmă, făceam în grabă. Anul trecut am pierdut finanțarea unui proiect și din cauza asta nici nu mi-am luat concediu. Poate o să reușesc acum să plec undeva cu copiii în august, dar nu știu dacă o să rezist până atunci. Poate ar trebui să îmi planific activitatea pentru următoarele zile. Asta mă face să simt că dețin controlul situației și nu mi-ar mai fi atât de silă să merg în fiecare zi la serviciu. Locul meu de muncă este foarte stresant, pentru că avem mereu contracte pe resurse umane cu alte firme. Parcă lucrurile astea nu se mai opresc niciodată. Sunt fonduri foarte mari în joc.
T: De cât timp lucrezi în calitate de formator la firma asta?
C: De aproape patru ani. Înainte am lucrat ca învățătoare. Aveam mai puțini bani, dar mă simțeam mult mai bine. Am acceptat această poziție pentru că am avut impresia că voi putea face ceva cu adevărat deosebit, dar odată cu trecerea timpului veneam tot mai epuizată acasă, nu mai aveam nici timp, nici chef să vorbesc cu soțul sau să controlez lecțiile copiilor. Înainte îmi făcea plăcere să mă aflu în fața cursanților, să le vorbesc, să organizez jocuri de rol. Acum aș vrea să nu îi mai văd în față, dar nu pot să îmi dau demisia până nu se termină proiectul. Când ajung acasă, mă trântesc pe fotoliu și dau drumul la televizor, dar mă copleșesc gândurile legate de ceea ce ar trebui să fac a doua zi. Știu că sunt epuizată, dar am nevoie de acest serviciu. Câștig o grămadă de bani și soțul meu mă privește altfel. Dar sunt atât de obosită, nu mai pot să dorm noaptea, m-am îngrășat pentru că mănânc prea mult din cauza stresului. Nu mai știu ce să fac.
T: Să înțeleg că ai nevoie de acești bani și că nu vrei să renunți. Este o presiune mai mare care se exercită asupra ta.
C: Da, am nevoie de bani pentru că nu vreau să fiu la mâna soțului meu. Dar sunt atât de obosită.
T: Nu este surprinzător că te simți atât de obosită pentru că ai atâtea responsabilități și ai spus că nu mai dormi bine noaptea... și cu toate acestea ai reușit cumva să te descurci să ajungi la serviciu.
C: Luna trecută am întârziat de câteva ori. Asta este o altă problemă...
T: Dar nu ai întârziat mereu.
C: Nu.
T: Este totuși bine.
C: Dar nu destul de bine. E ceva totuși...

T: Mă întreb totuși cum ai reușit să te descurci atât de bine în situația ta.
C: M-am străduit cât am putut.
T: Pare un lucru ușor, dar nu este. Cum ai reușit să o faci?
C: M-am programat cumva, când știam că am o zi foarte grea și nu îmi venea să mă scol din pat, m-am forțat, m-am îmbrăcat și m-am dus la serviciu. Ca și cum aș fi fost un automat. Unele zile sunt mai bune decât altele.
T: Unele zile sunt mai bune, mai ales la o firmă ca a voastră. Și cu toate acestea, ai reușit să te mobilizezi să te duci la lucru.
C: De cele mai multe ori.
T: De cele mai multe ori. Unele zile sunt foarte grele și totuși ai reușit să le faci față. Alte zile sunt ceva mai ușoare și mă întreb oare ce face ca unele zile să fie mai ușoare?
C: Nimic nu pare ușor la firma noastră, totuși unele zile nu par la fel de agitate ca altele. Cum sunt zilele acelea? Ei bine, cred că sunt zilele în care nu trebuie să mă gândesc la ce am de făcut în firmă 24 de ore din 24. Sunt acelea în care la ora 18:00 pun punct și fac altceva. Ar trebui să mă simt și mai obosită, dar nu este așa. În zilele, rare de altfel, în care ies cu o prietenă la mall sau în care merg la aerobic... atunci revin acasă și resimt un alt fel de oboseală și dorm mai bine.
T: Ești de acord să îți mai adresez niște întrebări pentru a-mi face o idee mai clară în legătură cu ceea ce se întâmplă?
C: Bineînțeles.
T: Să presupunem că avem o scală gradată în care 1 reprezintă ziua ta cea mai rea și 10 este cea mai bună zi pe care ai avut-o vreodată; unde ai dori să te situezi pentru a te simți cât de cât bine?
C: Poate pe la 6 sau 7, deși cred că nota 5 ar fi suficientă.
T: Dar astăzi unde te situezi?
C: Chiar la 6 sau 7.
T: Ce te determină să afirmi asta?
C: Este vineri și nu trebuie să mă duc la serviciu timp de două zile.
T: Ei bine, astăzi ne situăm aproape de 7. Mă întreb ce ar trebui să se întâmple pentru ca luni să te situezi la nota 5.
C: Chiar nu știu. Nu știu nici măcar care ar fi starea mea dacă aș trece nota 1.
T: Imaginează-ți că a sosit ziua de luni și te întrebi unde anume te situezi.
C: Deși mi-e greu să admit asta, cred că la nota 2.
T: Ce te face să afirmi că nu este mai rău decât nota 2?
C: Cred că nota 2 înseamnă că este destul de rău, dar nu cel mai rău cu putință, pentru că am avut două zile libere și pentru că realizez că nu mai este așa mult până la concediu.
Așa cum am subliniat, focalizarea terapiei centrate pe soluție se îndreaptă asupra aspectelor pozitive care pot fi obținute în viitor, și nu asupra dificultăților prezente și trecute. Întrebarea referitoare la producerea unui miracol are rolul de a orienta

clienta spre viitor, și nu asupra dificultăților prezente și trecute. Mai mult, această întrebare permite stabilirea obiectivelor terapiei.
T: Am să-ți adresez o întrebare mai puțin obișnuită. Să presupunem că te culci duminică seara și în timpul nopții are loc un miracol și când te trezești... te situezi la nota 5. Tu nu știi însă că miracolul s-a produs, pentru că ai dormit. Care va fi primul lucru pe care îl vei observa, tu sau ceilalți, și care va indica faptul că ceva s-a schimbat?
C: Nu știu exact, dar probabil că mă voi ridica imediat din pat și nu voi mai sta acolo până în ultimul minut. Mă voi scula imediat și mă voi îmbrăca cu lucrurile pregătite dinainte. Nu voi mai căuta ceva de îmbrăcat. Acest lucru mă face să întârzii.
T: Și ce altceva ai mai remarca tu sau altcineva?
C: Vecina mea va observa că mă opresc și schimb câteva vorbe cu ea și că nu alerg ca o disperată la mașină.
T: Ce altceva poți să mai adaugi?
C: Colegii vor remarca faptul că am venit la timp. Îmi voi bea cafeaua și apoi voi intra la cursul de formare mai relaxată. Voi fi mai prietenoasă cu cei din jur pentru că nu mă voi simți jenată de faptul că am întârziat.
T: Și cum crezi că vor reacționa colegii?
C: Cred că și ei la rândul lor vor fi mai deschiși față de mine.
T: Dacă vei glumi în timpul workshopului va însemna pentru tine că te afli la nivelul 5?
C: Nu, cred că nivelul ar putea fi mai ridicat. Să zicem chiar 8.
T: Te-ai mai aflat vreodată la acest nivel de când ești la firmă?
C: Cred că da.
T: Ce anume a contribuit la acest lucru?
C: Am râs, m-am simțit în formă la curs, am avut impresia că am dat tot ce era mai bun în mine. Nu m-am simțit prinsă în capcana proiectelor cu finanțare care au termene și reguli foarte stricte.
T: Ce gânduri ți-au venit în minte atunci?
C: Cred că nu m-am gândit la nimic, m-am concentrat asupra a ceea ce făceam la cursuri, doream să îi ajut pe cursanți să comunice mai bine. Mă gândeam ce voi face după ore.
T: Ce anume ai face după program atunci când te-ai simți la nivelul 7 sau 8?
C: Ei bine, nu voi mai rămâne peste orele de program să analizez cu colegii motivele pentru care nu am primit o finanțare, pentru că oricum nu putem schimba nimic.
T: Dar ce anume ai face?
C: M-aș duce la aerobic sau aș ieși la cafea cu prietena mea din liceu, sau aș ieși la cumpărături.
T: Mă întreb acum care ar fi lucrul cel mai neînsemnat pe care ar trebui să îl faci pentru a te situa în jurul valorii de 5... luni dimineața.

C: Chiar că este un lucru mărunt. Mi-aș pregăti de cu seara hainele pentru a doua zi.
T: Să zicem că faci acest lucru. Unde anume te-ai situa?
C: Pe la nivelul 2,5, poate 3.
T: Ce altceva te-ar mai ajuta?
C: Poate dacă aș găsi cafeaua facută și ar trebui doar să o torn în ceașcă.
T: Și ce altceva ar mai fi necesar?
C: Mi-e silă să mă gândesc la asta, dar aș vrea să fie curat la bucătărie.
T: La ce nivel te-ar situa acest lucru?
C: Cred că în jur de 8, dar nu vă imaginați ce dezastru este în bucătărie.
T: Să înțeleg că, dacă ai face curat în bucătărie, ai putea să ajungi undeva pe la nota 5?
C: Dacă aș reuși măcar să spăl vasele.
T: Dar dacă ai aduce pe cineva să te ajute să faci acest lucru și apoi doar să te ajute să menții curățenia?
C: Nu este o idee rea, dar m-am obișnuit să fac totul singură.
T: Ce altceva te-ar ajuta să te simți mai bine?
C: Dacă aș face un plan să mă văd cu prietena mea să ieșim undeva în seara asta sau în altă zi.
T: O să iau o scurtă pauză și o să mai reflectez asupra problemelor tale.
Terapeutul revine după 10 minute.
T: Primul lucru care-mi vine în minte este să te felicit pentru faptul că te afli aici, deși știu cât de greu ți-a fost să te mobilizezi. De asemenea, m-a impresionat că nu ai abandonat serviciul în ciuda dificultăților. Mi-a mai venit în minte și ideea că nu trebuie să te grăbești să faci totul deodată.
C: Da, am tendința să mă supraîncarc, și atunci când mă simt depășită, îmi vine să abandonez.
T: Cred că este important să îți asculți vocea interioară și să nu te grăbești.
C: De acord.
T: Alt gând care-mi vine în minte este că ar trebui să te concentrezi asupra acelor activități care te ajută să te simți mai bine.
C: Să îmi pregătesc hainele din timp și să ies cu prietena mea.
T: Ceva de genul acesta, dar ar trebui să realizezi aceste lucruri în ritmul tău personal, fără să încerci să faci totul deodată.
C: Da, cred că am înțeles ce am de făcut.
T: Cât de sigură ești că știi ce trebuie să faci?
C: Cred că la nivelul 9 sau chiar 10.
T: Atunci îți voi adresa întrebarea altfel. Cât de sigură ești că vei face ce ți-ai propus?
C: Cred în proporție de 5.
T: Ce-ar determina trecerea la o valoare mai ridicată?
C: Dacă aș fragmenta sarcinile în pași mai mici: să îmi pregătesc hainele, să dau un telefon prietenei mele.

T: Așadar, pentru tine este important să începi cu lucrurile mărunte, nu să faci totul deodată. Cum te simți acum?
C: Mult mai bine, ușurată. Nu mai simt acel impuls irezistibil de a-mi da demisia. Poate că odată o să îmi schimb serviciul, dar nu imediat. Simt că am un control mai bun asupra a ceea ce se întâmplă.

IV
Relaxarea

4.1. Fenomenologia relaxării

În sens larg, termenul de relaxare semnifică o deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană. Aceasta cuprinde activități foarte variate, mergând de la odihna activă până la forme statice de deconectare. În sens restrâns, relaxarea este o tehnică psihoterapeutică şi autoformativă, fundamentată ştiinţific, care urmăreşte realizarea unei decontracţii musculare şi nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice şi psihice, creşterea rezistenţei la stres a organismului şi diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat.

Relaxarea este în acelaşi timp o metodă de autoreglare a stărilor psihice, utilizată în pregătirea psihologică a sportivilor şi cosmonauţilor, precum şi în tratamentul unor afecţiuni de tip nevrotic sau psihosomatic (Holdevici, 2011). La ora actuală, tehnicile de relaxare sunt studiate cu cea mai modernă aparatură de laborator în foarte multe ţări ale lumii, interesul crescut pentru aceste sisteme fiind determinat de aplicaţiile lor practice imediate, în diferite domenii de activitate: clinică, sport, antrenamentul piloţilor etc.

Tipuri și metode de relaxare

Robert Durant de Bousingen (1965) împarte sistemele de relaxare în:

a. Analitice, în cadrul cărora se porneşte de la grupe musculare restrânse, generalizându-se relaxarea treptat la nivelul întregului

organism. Inspirate de cercetările de fiziologie musculară, aceste metode cunosc o largă răspândire, cel mai frecvent utilizată fiind metoda lui Jacobson.

b. Sintetice, cu punct de plecare în psihoterapie, în care personalitatea pacientului este abordată global, ca un tot. Aceste sisteme derivă în mare măsură din tradițiile hipnozei medicale a psihoterapeuților francezi și germani de la sfârșitul secolului al XIX-lea, antrenamentul autogen al lui Schultz fiind tehnica cea mai reprezentativă.

c. Sisteme de relaxare derivate din ritmică, punând accent pe gest și mișcare.

Stokvis și Wiesenhütter (1961) fac distincția între metodele de relaxare active, în care subiectul joacă un rol important în realizarea stării respective (antrenamentul autogen), și metodele de relaxare pasive, în care sarcina realizării relaxării cade mai mult pe umerii terapeutului (sisteme de relaxare de tip hipnotic).

În continuare vom face o trecere în revistă a celor mai răspândite metode de relaxare.

Sisteme de relaxare de largă circulație

a) Relaxarea analitică musculară Jacobson (1938, citat în Craske & Barlow, 2006). Metoda este inspirată de cercetările autorului asupra fiziologiei sistemului muscular, care i-au permis să definească relaxarea drept absența oricărei contracții musculare. Acest fapt este evidențiat pe electromiogramă, unde potențialele electrice de acțiune sunt aproape de zero.

Tehnica implică o serie de faze succesive, începând cu relaxarea musculară și terminând cu cea psihică. În poziția culcat pe spate, subiectul începe prin a conștientiza senzațiile de contractură dintr-o grupă musculară sau alta. Se fac exerciții de contractare a diferitelor grupe musculare, pentru a perfecționa simțul muscular. Subiectul învață apoi să nu mai contracte mușchii, urmând relaxarea diferențiată pe grupe musculare, relaxare ce se extinde treptat la întreg corpul. Într-o fază ulterioară, subiectul conștientizează tensiunile musculare reziduale, provocate de stări afective, fiind condus treptat spre relaxarea psihică. Subiectul învață pe această cale să-și controleze tensiunile musculare ce apar în diverse situații emoționale, să le

reducă în mod voluntar, ceea ce duce la dispariţia stării emoţionale şi la instalarea calmului.

b) Antrenamentul autogen Schultz (2011). Considerat la ora actuală cel mai răspândit sistem de relaxare, acesta cuprinde o serie de exerciţii menite să-i provoace subiectului realizarea senzaţiilor de greutate şi călduri în membre, de calmare a respiraţiei şi bătăilor inimii, de încălzire a plexului solar şi de răcoare a frunţii. Exerciţiile au rolul de a produce destinderea subiectului şi de a-i induce acestuia o stare hipnoidă.

Vom reveni în detaliu asupra acestei tehnici care se bucură astăzi de o largă răspândire în clinică, fiind utilizată cu succes atât în refacerea sportivilor după efort, cât şi în cabinetul de psihoterapie.

c) Antrenamentul psihofiziologic (Ajuriaguerra, 1970).

Derivată din antrenamentul autogen, această metodă porneşte de la principiul potrivit căruia orice emoţie se traduce în modificări de tonus muscular, existând o dinamică tonico-afectivă care controlează toate atitudinile omului normal. Antrenamentul dă posibilitatea conştientizării formelor needucate de răspunsuri tonice şi permite, astfel, modificarea lor. Subiectul îşi însuşeşte exerciţiile de „greutate" şi „căldură" din cadrul antrenamentului autogen, învăţarea controlului musculaturii striate ocupând un loc central în cadrul sistemului. Un element important îl reprezintă aprofundarea relaţiilor interpersonale dintre medic şi pacient, punându-se un accent deosebit pe dificultăţile subiective ale pacientului, pe învingerea rezistenţelor apărute în cursul actului psihoterapeutic. Trebuie subliniată, ca un element pozitiv al sistemului, atitudinea ceva mai activă a pacientului în timpul exerciţiilor.

d) Hipnoza activă în trepte (Kretschmer, 1950 citat în J. Guimón, 1996). Această metodă destul de pretenţioasă este utilizată mai des în clinica psihiatrică. Ea presupune încercarea de abordare a zonelor profunde ale personalităţii pacientului. Demersul terapeutic începe prin investigarea personalităţii, pentru depistarea conflictelor existente. Pe baza datelor obţinute se stabilesc fazele psihoterapiei, în concordanţă cu structura şi problemele specifice ale subiectului. Antrenamentul propriu-zis se face după următoarea schemă:

- Inducerea relaxării prin comandarea senzațiilor de greutate și căldură specifice antrenamentului autogen al lui Schultz;
- Introducerea hipnozei prin tehnica fixării privirii;
- Aplicarea terapeutică a hipnozei pentru soluționarea problemelor subiectului.

  Terapeutul are un rol activ, introducând subiectul în problemele genezei propriei simptomatologii. Soluțiile de rezolvare a conflictelor sunt fixate împreună cu pacientul, care este instruit să repete, în stare de hipnoză, niște „fraze-cheie", care reprezintă un mijloc terapeutic pe bază de sugestie.
- Lichidarea relațiilor cu terapeutul și continuarea independentă a practicării tehnicilor de relaxare.

e) Reglarea activă a tonusului (Stokvis, 1961). Metoda este indicată în cazul unor afecțiuni nevrotice monosimptomatice, cum ar fi cele de tip spastic (ticuri, balbism), ea dând rezultate bune la subiecții cu posibilități introspective limitate. Termenul „activ" definește, în cazul acestei metode, poziția subiectului față de situația terapeutică, el fiind solicitat să coopereze la ameliorarea senzațiilor sale printr-un efort de autoeducație, organizat și sistematic.

Din punct de vedere tehnic, metoda se aseamănă cu antrenamentul autogen, punându-se însă un accent deosebit pe responsabilitatea personală a subiectului și pe autodisciplină. În concepția autorului, reușita exercițiului de relaxare depinde în mare măsură de claritatea scopului: subiectului trebuie să i se explice foarte clar noțiunile de relaxat, încordat, destins etc., el fiind instruit chiar să verifice gradul de încordare sau relaxare a diferitelor grupe musculare. Se utilizează mișcările ideomotorii pentru a demonstra influența psihicului asupra organismului și se dau sugestii de relaxare musculară și calmare a respirației. După primele opt ședințe, subiectul este instruit să lucreze singur. Înaintea începerii tratamentului se face o anamneză aprofundată pentru a se stabili un bun contact psihoterapeut–pacient și pentru a se fixa tratamentul pe analizatorul cel mai potrivit realizării conexiunii psihomotorii. Autorul este mai puțin interesat de controlul obiectiv al rezultatelor relaxării, accentul deplasându-se asupra trăirilor subiective ale individului care se relaxează.

f) Relaxarea dinamică de tip sofrologic (Caycedo, 1964).

Înainte de a explica în ce constă acest tip de relaxare, este necesară o succintă examinare a sofrologiei. Aceasta este definită ca o disciplină

care are ca obiect cercetarea modificărilor de conştiinţă. Ea implică studiul tehnicilor de relaxare, al hipnozei medicale, al unor sisteme de autoreglare specifice unor culturi orientale, dar şi al modificărilor de conştiinţă produse prin administrarea unor medicamente. Caycedo a încercat să realizeze o sinteză între sistemele de relaxare, hipnoza medicală şi tradiţiile orientale, afirmând că sofrologia este în acelaşi timp o ştiinţă şi o metodă — un demers psihoterapeutic. Termenul de sofrologie derivă din rădăcinile greceşti *sos* = armonie, *phren* = spirit şi *logos* = ştiinţă. Caycedo (1964) propune ca punct de plecare în construirea sistemului său divizarea teoretică a conştiinţei umane în niveluri şi stări. (Nivelul este, în concepţia autorului, o modificare cantitativă a conştiinţei în direcţia clarităţii sau obnubilării, în timp ce starea reprezintă o modificare de ordin calitativ).

Tehnica de relaxare propusă de şcoala sofrologică şi denumită de autor „relaxare dinamică" este interesantă şi cu multiple posibilităţi de aplicare practică. Relaxarea dinamică cuprinde, într-un sistem gradat şi bine structurat:

— exerciţii de respiraţie;
— mişcări simple;
— exerciţii de relaxare musculară;
— exerciţii de concentrare a atenţiei asupra funcţiilor organismului şi de antrenare a unor particularităţi ale gândirii.

Dintre multiplele aplicaţii ale acestei metode menţionăm utilizarea ei cu succes în pregătirea psihologică a schiorilor de înaltă performanţă (Abrezol, 2002).

g) Pedagogia relaxării (Gerda Alexander, 1991 citată în Anigbaud, 2008).

Metoda urmăreşte eliminarea unor contracţii inutile care apar în desfăşurarea anumitor activităţi. Ea presupune, într-o primă etapă, aplicarea metodei Jacobson, iar în cea de-a doua, utilizarea metodei Schultz pentru a corecta imaginea corporală şi a realiza perceperea funcţionalităţii interne a organismului. Etapa a treia constă în reglarea conştientă a decontracţiilor în activitatea specifică, în scopul utilizării raţionale a energiei în mişcare şi muncă. Principiile metodei constau în:

— conştientizarea şi dirijarea jocului optimal al tensiunilor musculare;

— studiul dinamic al mişcărilor, în vederea creşterii eficienţei acestora, a reeducării psihomotorii a personalităţii.

Alte sisteme de relaxare

a) Tensiunea dinamică (Atlas, 1920, citat în Gheorghiu şi Ciofu, 1982).

Acest sistem de antrenament utilizează mişcarea, respiraţia, dieta, exerciţiile imaginative de conştientizare şi reducere a tensiunilor musculare, având drept scop creşterea nivelului energetic şi întărirea eului.

b) Antrenamentul de conştientizare senzorială (Gindler, 1930 citată în Rodionov, 1983).

Metoda constă dintr-o serie de exerciţii de concentrare asupra diferitelor zone ale organismului, de conştientizare a senzaţiilor provenite din fiecare zonă, în vederea obţinerii unui mai bun control asupra funcţionării structurilor psihosomatice şi realizării unei stări de calm şi autostăpânire.

c) Relaxarea funcţională (Fuchs, 1944 citat în Gheorghiu şi Ciofu, 1982).

Antrenamentul cuprinde în principal exerciţii de respiraţie lente şi relaxante pentru destinderea diferenţiată a anumitor părţi ale corpului. Se utilizează în principal tehnica respiraţiei ritmice.

d) Tehnica mişcărilor pasive (Michaux, 1964 citat în Holdevici şi Vasilescu, 1988).

Subiectul cooperează pasiv, complet relaxat, în timp ce o altă persoană îi mişcă încet diferite segmente ale corpului. Treptat, starea de vigilenţă diminuează şi relaxarea este indusă. Sistemul este indicat mai ales pentru inducerea relaxării la copii.

e) Tehnica răspunsurilor „relaxate" (Benson, 1976, 2010).

Prin intermediul exerciţiilor de imaginaţie, al stimulărilor auditive (muzică) sau vizuale calmante, al poziţiilor relaxante, al atitudinilor de expectaţie pasivă, se induce o stare de destindere fizică şi psihică.

Din analiza principalelor sisteme de relaxare utilizate la ora actuală se desprind câteva constatări cu caracter general:

1. Aceste tehnici s-au dovedit utile într-o serie de domenii ale medicinii şi psihologiei, fapt ce explică interesul crescut al cercetătorilor pentru ele.

2. Se constată o mare diversificare a tehnicilor; fiecare autor sau grup de autori încearcă să adapteze metodele tradiţionale nevoilor practice, prin adăugarea sau eliminarea anumitor elemente.

3. Este evidentă o încercare de evaluare critică a tehnicilor orientale, de abordare sistemică a acestora, în spirit ştiinţific, în sensul valorificării elementelor lor pozitive.

4. Dacă primele metode de relaxare vizau cu precădere destinderea musculară, cele aplicate în ultima vreme tind să combine relaxarea cu mişcarea activă şi sugestia terapeutică.

5. Deşi există diferenţe în ceea ce priveşte procedura de inducere a relaxării, comun tuturor sistemelor este faptul că se urmăreşte instalarea unei stări de calm şi destindere musculară prin intermediul unor formulare sugestive şi autosugestive. De asemenea, toate metodele de relaxare presupun un anumit antrenament, o perioadă de învăţare, înainte de a deveni un bun al subiectului, o tehnică prin care acesta îşi autoreglează stările psihice în momentele mai dificile ale existenţei.

Antrenamentul autogen

Antrenamentul autogen este o metodă bine fundamentată ştiinţific, verificată experimental şi clinic, şi se caracterizează prin simplitate şi economicitate, în sensul că se învaţă uşor şi durează relativ puţin. Este considerată o metodă de relaxare ştiinţifică, ce are la bază o abordare globală, de ansamblu, a personalităţii subiectului, fiind în esenţă o tehnică psihoterapeutică.

Derivată din hipnoza medicală, metoda a fost elaborată în Germania anilor 1930 de către medicul psihiatru I. H. Schultz. Acesta defineşte antrenamentul autogen cu un exerciţiu generat (*genos*) din interiorul eului (*autos*). Sursa de la care a pornit Schultz a fost hipnoza fracţionată a lui Oscar Vogt. În cadrul acestei metode, subiectul era hipnotizat în mod repetat, trezit, interogat cu privire la starea sa şi apoi rehipnotizat la un nivel şi mai profund. Schultz a început să

investigheze valoarea terapeutică a hipnozei şi halucinaţiile apărute la subiecţii normali. El a observat că, în stare hipnotică, aceştia raportau în mod repetat anumite reacţii fiziologice şi psihologice, cum ar fi senzaţii de greutate şi căldură în membre, modificări ale ritmului cardiac şi respirator. Autorul a pornit de la premisa că, de vreme ce aceste reacţii apăreau mereu în mod spontan în stare de hipnoză, putea fi indusă invers o stare hipnoidă, prin concentrarea asupra reacţiilor psihofiziologice respective.

Exerciţiile standard incluse în antrenamentul autogen au fost elaborate special pentru a verifica această ipoteză. Schultz a observat, de asemenea, că o atitudine relaxată şi pasivă din partea subiectului este mai utilă pentru inducerea unei stări hipnotice prin intermediul exerciţiilor standard şi a denumit această stare a subiectului stare autogenă (autogenerată). Pe baza studiului halucinaţiilor la subiecţii normali, el a dezvoltat o serie de exerciţii mentale care constituie baza antrenamentului autogen avansat (ciclul II). Scopul antrenamentului autogen — aşa cum a fost conceput de autorul său, dar şi de cei care l-au preluat şi dezvoltat mai târziu — constă din obţinerea de către subiecţi a unor reacţii psihice şi psihofiziologice adecvate, înlăturarea reacţiilor şi comportamentelor neadecvate şi realizarea pe această cale a unei eficienţe personale şi sociale crescute.

Schultz arăta că antrenamentul autogen ajută subiectul să obţină o serie de avantaje, cum ar fi: odihnă şi recuperare după efort, autorelaxare, autoreglarea funcţiilor autonome, reducerea durerii, întărirea eului prin formele sugestive speciale, perfecţionarea în tehnica introspecţiei, cu efecte favorabile asupra dezvoltării spiritului autocritic şi creşterea autocontrolului voluntar. Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de subiecţi încă din primele zile de practică (relaxare mai bună, reducerea anxietăţii, somn mai bun, capacitate de concentrare şi memorie mai bună). Avantajele antrenamentului autogen sunt bine cunoscute în psihoterapia unor nevroze şi afecţiuni psihosomatice. El poate fi folosit cu succes ca adjuvant în tratamentul medicamentos al oricărei afecţiuni somatice, contribuind la reducerea durerii şi întărirea eului bolnavului. Trebuie menţionat însă faptul că antrenamentul autogen susţine, dar nu înlocuieşte tratamentul corespunzător bolii respective.

Metoda este utilizată atât în medicina preventivă, pentru creşterea rezistenţei la frustrare şi la o serie de factori stresanţi, cât şi în pregătirea psihologică a sportivilor de performanţă. Principiul metodei

constă, aşadar, în inducerea prin exerciţii psihofiziologice a unei decontracţii generale a organismului, decontracţie care, prin analogie cu tehnicile hipnotice, permite comunicarea unor sugestii.

Antrenamentul autogen cuprinde două cicluri de exerciţii:

A. *Ciclul inferior* — include exerciţii în care decontracţia concentrativă vizează următoarele direcţii: musculară, sistem cardiovascular, sistem respirator, organe abdominale şi zona capului.

Exerciţiile pe care le învaţă subiectul sunt următoarele :

1. Experienţa greutăţii;
2. Experienţa căldurii;
3. Concentrarea asupra cordului, în vederea încetinirii ritmului cardiac;
4. Controlul respiraţiei, pentru calmarea acesteia;
5. Reglarea funcţionării organelor abdominale prin concentrare asupra plexului solar;
6. Perceperea unei vasoconstricţii în zona frunţii.

Aceste exerciţii se însuşesc într-un interval de 6 până la 10 săptămâni, subiectul reuşind să obţină, în urma practicării lor, un calm interior şi o stare hipnotică. Prezentăm în continuare un model de antrenament autogen, ciclul inferior (model adaptat după tehnica lui Schultz, 2011).

a. Inducerea senzaţiei de greutate la nivelul braţului:

Sunt în întregime liniştit şi cu desăvârşire calm; toţi muşchii îmi sunt destinşi şi relaxaţi; o linişte plăcută mă înconjoară; calmul mă inundă; nimic nu-mi tulbură liniştea; simt o pace şi o linişte interioară profunde; sunt foarte calm şi liniştit; braţul meu drept e greu, din ce în ce mai greu; braţul meu drept devine tot mai greu; o greutate ca de plumb îmi cuprinde umărul, braţul, mâna şi ajunge până la degete; braţul meu drept este foarte greu; braţul meu drept este greu ca de plumb; simt linişte şi greutate.

Formule asemănătoare se folosesc şi pentru inducerea progresivă a senzaţiei de greutate la braţul stâng, la piciorul drept şi apoi la cel stâng.

b. Generalizarea senzaţiei de greutate:

O linişte plăcută mă împresoară; calmul mă inundă tot mai mult; simt o linişte şi o pace interioare; sunt complet calm; întregul meu corp este destins şi relaxat; umerii, braţele, mâinile, picioarele sunt grele, foarte grele;

întregul meu corp este foarte greu; întregul meu corp este cuprins de o greutate foarte mare; corpul meu este greu, greu ca de plumb; liniştea şi greutatea mă împresoară; sunt foarte calm şi liniştit.

c. Inducerea senzaţiei de căldură la nivelul braţului drept:

O căldură plăcută îmi cuprinde braţul drept; o căldură plăcută îmi cuprinde braţul drept, mâna dreaptă şi ajunge până la degete; vasele se dilată şi simt căldură în braţul drept; o căldură plăcută îmi cuprinde braţul şi mâna dreaptă; braţul meu drept devine cald, ca şi cum ar fi cufundat într-o baie caldă; braţul meu drept este învăluit într-o căldură odihnitoare; linişte, greutate, căldură; liniştea şi echilibrul mă împresoară.

Şi în acest caz, comenzi asemănătoare se folosesc pentru inducerea senzaţiei de căldură în braţul stâng şi în picioare.

d. Generalizarea senzaţiei de căldură:

Întregul meu corp este relaxat, perfect liniştit; o căldură plăcută îmi cuprinde umerii, braţele, mâinile, picioarele; o căldură plăcută îmi cuprinde tot corpul; întregul meu corp este scăldat într-o căldură plăcută; întregul meu corp este cuprins de o căldură plăcută, ca într-o baie caldă; sunt liniştit şi relaxat; liniştea şi echilibrul mă împresoară; mă las cuprins de tihna senină şi de echilibru; sunt în întregime liniştit; sunt cu desăvârşire calm; întregul meu corp este relaxat/ destins, inert; întregul meu corp este greu; simt în tot corpul o greutate copleşitoare; corpul este greu şi destins ca un arc în repaus; o căldură agreabilă îmi cuprinde tot corpul; tot corpul meu este scăldat într-o căldură plăcută şi liniştitoare; simt o căldură plăcută care-mi cuprinde tot corpul.

e. Exerciţii pentru liniştirea bătăilor inimii:

Inima mea bate liniştit, foarte liniştit; inima mea bate liniştit şi egal, împrăştiind tot sângele în corp; inima mea bate liniştit şi egal; inima parcă lucrează de la sine; inima bate liniştit, calm şi egal; sunt perfect liniştit şi relaxat.

f. Exerciţii pentru calmarea respiraţiei:

Respiraţia mea devine liniştită şi rară; respir liber şi aproape de la sine aerul din jurul meu; respir calm şi liniştit, fără efort; respir foarte calm şi liniştit.

g. Exerciţii pentru trăirea senzaţiei de căldură în zona plexului solar:

Sunt perfect calm şi relaxat; sunt perfect liniştit; abdomenul meu este foarte liniştit şi relaxat; muşchii abdomenului sunt destinşi, orice tensiune

dispare; plexul solar este cuprins de o căldură plăcută; plexul solar e cald şi relaxat.

h. Exerciţii pentru inducerea vasoconstricţiei în zona frunţii:

Îmi simt capul liber şi uşor; muşchii feţei sunt relaxaţi; barba este destinsă şi relaxată; fruntea devine rece şi tot mai destinsă; simt cum aerul rece îmi împresoară tâmplele; simt răcoare în zona frunţii; creierul îmi este limpede ca un izvor de munte; îmi simt capul foarte limpede; sunt perfect liniştit şi relaxat.

Exerciţiile din cadrul ciclului inferior al antrenamentului autogen Schultz au deci menirea să determine la subiect o „decontracţie concentrativă", ceea ce înseamnă că, prin concentrarea pe formulele sugestive, acesta îşi creează o stare de detaşare de tip hipnoid, care produce la rândul său o destindere musculară.

B. *Ciclul superior* presupune un stagiu de 6 luni–2 ani de practicare a ciclului inferior. Exerciţiile corespunzătoare acestei etape se pot practica după stăpânirea perfectă a celor din ciclul inferior, autorul fiind de părere că însuşirea completă a exerciţiilor din etapa a doua durează aproximativ 3–6 ani, durată apropiată de cea a unui tratament psihanalitic clasic.

Exerciţiile ciclului superior sunt, în linii generale, următoarele:

a. concentrare pe culoarea preferată;

b. concentrare pe culori impuse de terapeut;

c. concentrare pe obiecte concrete;

d. concentrare pe idei abstracte;

e. trăirea „sentimentului propriu" (subiectul este instruit să reproducă în interiorul său starea afectivă pe care şi-o doreşte cel mai mult);

f. interogarea propriului inconştient.

Realizarea acestui tip de exerciţii presupune o bună stăpânire a relaxării şi o îndrumare adecvată din partea psihoterapeutului. Cercetările şi experienţa clinică au demonstrat că numai exerciţiile din cadrul ciclului inferior sunt total lipsite de nocivitate, celelalte — aplicate incorect — putând genera perturbări grave în sfera personalităţii.

Condiţiile în care se realizează antrenamentul autogen

Autorul metodei subliniază faptul că, mai ales în faza de învăţare, este necesară respectarea unor condiţii menite să faciliteze relaxarea prin reducerea stimulilor exteriori, perturbatori. Astfel, este indicat ca relaxarea să se realizeze în condiţii de linişte, de temperatură normală şi de semiobscuritate.

Se recomandă trei poziţii în care relaxarea se obţine mai uşor:

1. Poziţia şezând pe un fotoliu. Subiectul are capul sprijinit, braţele aşezate confortabil pe braţele fotoliului şi picioarele într-o poziţie stabilă.

2. Poziţia „birjarului". (Denumirea a apărut în urma observaţiilor efectuate în acea perioadă asupra acestei categorii profesionale, care utiliza frecvent o poziţie relaxantă.) Subiectul, aşezat pe un scaun, apleacă uşor coloana din talie. Picioarele sunt îndepărtate, iar coatele se sprijină pe coapse.

3. Poziţia decubitus dorsal (culcat pe spate): în perioada de învăţare a tehnicii este indicată practicarea acesteia sub îndrumarea unui specialist (psiholog, medic) de 2–3 ori pe săptămână, subiectul fiind instruit să exerseze şi acasă, în cadrul unor şedinţe scurte de 5–7 minute. După însuşirea temeinică a tehnicii se poate prelungi durata relaxării individuale până la 15 minute.

În absenţa terapeutului este recomandabilă utilizarea unei înregistrări. Tehnica de relaxare se aplică individual sau în grup. Ciclul inferior al antrenamentului autogen poate fi utilizat cu succes atât în psihoterapie, cât şi în pregătirea psihologică a sportivilor, datorită contribuţiei sale la liniştirea generală a organismului, amortizarea rezonanţei stărilor afective negative, reglarea circulaţiei periferice, creşterea capacităţii de concentrare şi echilibrare a întregului organism. Antrenamentul autogen (ciclul inferior) reprezintă un mijloc eficient de refacere a organismului după efort, practicarea lui fiind astfel indicată spre exemplu sportivilor în etapele de pregătire, mai ales după antrenament.

Schultz a subliniat importanţa combinării exerciţiilor de relaxare cu formule sugestive, aşa-numitele formule intenţionale, pe care le descria ca pe nişte sugestii posthipnotice. După părerea lui, aceste formule trebuiau utilizate numai după însuşirea celor şase exerciţii standard din cadrul ciclului inferior al antrenamentului.

Alţi autori (Jencks, 1973) consideră că aceste formule mai pot fi utilizate imediat după ce subiectul şi-a însuşit exerciţiile de greutate şi căldură, recomandând, în acelaşi timp, combinarea lor cu exerciţiile de respiraţie. Spre exemplificare, redăm câteva formule sugestive utilizate de acest autor pentru creşterea rezistenţei la stres a subiectului:

Primesc dificultăţile calm, stăpân pe mine, binedispus; sunt calm, mulţumit, satisfăcut; sunt liber de frustrare şi teamă; sunt calm, atent, curajos; durerile dispar, mă învăluie o pace profundă; deciziile corecte îmi vin imediat... eu decid ceea ce este mai bine să fac; navighez plin de curaj pe fluviul succesului etc.

Formule de acest tip pot fi utilizate cu succes în psihoterapie, dar şi în pregătirea psihologică a sportivilor, ca o completare a formulelor specifice pentru fiecare reducere a stresului indus de competiţie.

Caracterizarea psihofiziologică a stării de relaxare

Analizând cu atenţie starea în care se găseşte subiectul în timpul relaxării, putem desprinde câteva caracteristici generale ale acesteia valabile, în primul rând, pentru antrenamentul autogen, dar şi pentru alte tehnici de relaxare:

- La subiectul în stare de relaxare se constată o limitare a motricităţii, o lipsă a nevoii de a acţiona.
- În stare de relaxare, apare frecvent trăirea senzaţiei de greutate şi căldură în membre.
- Se remarcă, de asemenea, o modificare a dinamicii atenţiei în sensul unei orientări selective a acesteia asupra formulelor comandate şi, în acelaşi timp, o scădere a interesului subiectului pentru stimulii exteriori.
- În timpul relaxării, subiectul trăieşte o stare de pasivitate în raport cu ambianţa; pasivitatea se accentuează atunci când relaxarea este comandată din exterior de către terapeut şi scade pe măsură ce subiectul învaţă singur să-şi autocomande starea de relaxare.
- Aproape toţi subiecţii remarcă instalarea, în timpul relaxării, a unei stări afective aparte, de nuanţă pozitivă; ei trăiesc o stare de linişte, de calm, de destindere.

- Starea de relaxare este o modalitate de activare a disponibilităților latente ale ființei umane, fapt demonstrat de efectele favorabile ale relaxării asupra stării psihice și fizice a subiecților.
- Relaxarea este, ca și hipnoza, o stare modificată de conștiință; astăzi, majoritatea autorilor consideră că hipnoza nu este altceva decât o relaxare mai profundă. S-a constatat că în timpul relaxării se produce o modificare a ritmului alfa, până la apariția și generalizarea ritmului teta, ceea ce i-a determinat pe specialiști să apropie starea de relaxare mai mult de stările de concentrare, decât de cele de somn și presomn, la acestea din urmă înregistrându-se, de regulă, ritmuri mai lente.
- Relaxarea poate fi considerată deci o metodă de autoreglare a stărilor psihice ale subiectului, de autoorganizare a eului acestuia, fiind nu numai o tehnică de psihoterapie, ci și o tehnică având un caracter autoformativ.

Tehnica de inducere a stării de relaxare se apropie în mare măsură de aceea de inducere a hipnozei, prin următoarele caracteristici (de altfel, foarte mulți specialiști consideră că antrenamentul de relaxare este o tehnică de autohipnoză):

a. presupune o anumită standardizare a conduitei subiectului, cu efecte sugestive și autosugestive;

b. implică exercițiu, practicare sistematică și regulată;

c. presupune neapărat persuasiune, care poate fi externă, atunci când relaxarea se face cu ajutorul terapeutului, și internă atunci când subiectul ajunge să practice singur tehnica, după ce a depășit fazele de învățare. Subiectul care practică exercițiile de relaxare trebuie să fie convins de utilitatea acestora, altfel, efectele sunt mult diminuate;

d. în cursul practicării relaxării, ca și în cazul hipnozei, este absolut necesară o anumită verbalizare a efectelor vizate de subiect, această verbalizare având, de asemenea, un rol sugestiv și autosugestiv;

e. pentru ca subiectul să trăiască plenar starea de relaxare și să beneficieze de efectele acesteia, trebuie să dispună de o anumită capacitate de a se transpune în sistem, de a juca un rol, de a se identifica cu situația.

Mecanismele relaxării

A. Tonusul muscular

Este cunoscut faptul că, în timpul unor stări emoţionale puternice sau atunci când avem de făcut faţă unei sarcini dificile, resimţim şi un anumit grad de încordare musculară. Dimpotrivă, când suntem liniştiţi, relaxaţi, musculatura noastră se destinde, tonusul muscular scade. Având în vedere legătura strânsă dintre tonusul muscular şi stările afective, tehnicile de relaxare încearcă — prin scăderea tonusului muscular — să reducă şi gradul de încordare psihică. Deci punctul de plecare al relaxării îl reprezintă tonusul muscular, la baza căruia se află o stare de hipotonie musculară (tonus muscular scăzut).

Tonusul reprezintă starea de contractură uşoară, fiziologică, cu caracter permanent, în care se află întregul sistem muscular al organismului, stare întreţinută prin impulsuri nervoase cu frecvenţă scurtă. Repetarea stimulărilor nervoase conduce la contracţii repetate, care se traduc pe plan muscular printr-o creştere a încordării — hipertonie musculară. Odată cu diminuarea stimulării nervoase se instalează starea inversă, hipotonia musculară, stare ce este caracteristică relaxării. Reglarea nervoasă a tonusului are loc la mai multe niveluri ale sistemului nervos:

- Reglarea medulară. Aceasta are ca model reflexul miotatic al lui Sherrington, cuprinzând proprioceptorii din fusurile neuromusculare, căile aferente reprezentate de fibrele mielinizate de tip I şi II spre coarnele posterioare ale măduvei spinării şi căile aferente ce pornesc din motoneuronii coarnelor anterioare.

  Excitarea pasivă a unui muşchi provoacă o rezistenţă activă, muşchiul dezvoltând o tensiune superioară celei provocate prin simpla rezistenţă elastică a tonusului muscular. Această reacţie reprezintă reflexul miotatic, care presupune informaţii senzoriale de la nivelul muşchilor. Excitarea acestor celule este transmisă măduvei, care retransmite prin nervii motori comenzile de creştere a tonusului.
- Reglarea subcorticală. Secţionarea nevraxului între tuberculii cvadrigemeni anterior şi posterior declanşează o creştere a reflexelor miotatice.

În condiții normale, centrii superiori exercită un control al tonusului muscular, control care se manifestă în influxuri inhibitorii. Acest lucru este demonstrat experimental prin așa-numita „rigiditate de decerebrare". De-a lungul nevraxului se mai disting și alți centri reglatori ai tonusului, localizați într-o regiune de integrare, unde se adună mesajele de la mușchii striați și netezi, regiuni ce cuprind atât formațiuni mezencefalice, hipotalamice și din talamusul superior, cât și sistemele reticulate activator și inhibitor. Aceste formațiuni exercită un reglaj general al posturii și al întregului tonus muscular. De asemenea, cerebelul, prin conexiunile sale cu cortexul, substanța reticulată și talamusul, are un rol important în reglarea tonică și coordonarea dinamică.

- Reglarea corticală. Cortexul cerebral influențează tonusul atât prin activitatea buclei gama, cât și prin intervenția electivă de la nivelul regiunii frontale prin fibrele eferente motorii sau indirect, prin mediație reticulată. Se cunoaște faptul că tonusul este în mare măsură influențat de mesajele voluntare corticale. Prin comandă corticală putem mări sau, dimpotrivă, reduce tonusul muscular. Acest fenomen stă la baza învățării tehnicilor de relaxare.

B. Sugestia şi autosugestia

Sugestia şi autosugestia pot fi abordate atât din punctul de vedere al mecanismelor relaxării, ele fiind implicate profund în producerea şi menținerea stării de relaxare, cât şi ca metode independente de autoreglare, respectiv de influențare a comportamentului uman. Se poate acționa sugestiv asupra unui individ în stare de hipnoză (sugestie hipnotică), în stare de relaxare (relaxare cu sugestii țintite), dar şi în stare obişnuită de veghe. Distincția dintre sugestie şi autosugestie se referă la faptul că, în primul caz, influențarea individului se produce de către o altă persoană, în timp ce în cazul autosugestiei, cel care produce influențarea este individul însuşi.

Termenul de sugestie a fost introdus la mijlocul secolului al XIX-lea de către Bertrand, în Franța şi Braid, în Anglia, ca o explicație pentru fenomenele hipnotice. În cadrul sugestiei erau pe atunci integrate fenomene cu caracter mai special. Prin fraze monotone, uneori însoțite de fixarea privirii asupra unui punct sau de sunete, de asemenea monotone, i se inducea subiectului starea hipnotică,

stare în care se produceau diferite fenomene neobişnuite, cum ar fi catalepsia membrelor şi pleoapelor, mişcări automate, anestezii, analgezie, halucinaţii, iluzii, amnezie posthipnotică etc.

Bernheim (1891, 1910) extinde termenul de sugestie şi la fenomene nonhipnotice, afirmând că sugestia este un fenomen normal ce poate avea loc atât în stare de veghe, cât şi în stare hipnotică. El defineşte sugestia în sens foarte larg drept „actul prin care o idee este trezită în creier şi acceptată de el". Ulterior, preocupările pentru fenomenul de sugestie au fost orientare în două direcţii principale (Gheorghiu, 1977):

a. Direcţia psihologiei sociale, reprezentanţii acesteia tinzând să includă sugestia în marea familie a fenomenelor de influenţare a comportamentului uman (modificarea atitudinilor, opiniilor, conformismul, fenomenele de prestigiu etc.). Unii autori (Tarde, 1907; Sighele, 1901; Le Bon, 1911; Ross, 1908; McDougal, 1908) arătau că sugestia joacă un rol de seamă în explicarea fenomenelor psihosociale. Aceste idei au fost adâncite de Sherif (1935), Crutchfield (1955), Aseh (1965) şi alţii, care s-au ocupat de sugestie din perspectiva fenomenului de conformism şi au studiat-o prin experimente bazate, în special, pe manipularea normei de grup.

b. Direcţia psihologiei experimentale, unde s-a pus problema elaborării unor teste de măsurare a sugestibilităţii (Seashore, 1895; Binet, 1900; Aveling şi Hargreaves, 1921; Huli, 1933; Eysenck, 1947; Stukat, 1958 etc.). Dacă primele cercetări au avut drept scop elaborarea şi validarea unor probe menite să investigheze sugestibilitatea, cercetările ulterioare, realizate pe baza analizei factoriale, au încercat şi o evidenţiere a structurii sugestibilităţii.

Astfel, Eysenck (1943) şi Eysenck şi Furneaux (1945) au desprins următorii factori ai sugestibilităţii:

a) sugestibilitate primară (măsurată, în special, prin testele directe) în care i se sugera subiectului executarea unor mişcări simple;

b) sugestibilitate secundară (măsurată prin teste senzoriale indirecte, de tipul liniilor progresive ale lui Binet). Subiectului i se prezentau, de pildă, o serie de linii progresiv crescătoare. La un moment dat, liniile încetau să mai crească. Influenţat de seria liniilor crescătoare şi de intervenţia sugestivă a examinatorului, subiectul afirma că liniile, care erau de fapt egale, devin din ce în ce mai mari.

Proba avea un caracter indirect, întrucât subiectul nu era conştient de influenţa sugestivă exercitată asupra sa.

c) a fost evidenţiat şi un al treilea factor, fără a fi supus experimentărilor de laborator — sugestibilitatea terţiară, care se referă la modificările atitudinii ca urmare a unei comunicări persuasive bazate pe prestigiu.

Studiile ulterioare făcute de alţi autori au evidenţiat existenţa doar a factorului de sugestibilitate primară.

Cercetări şi teoretizări mai importante în domediul sugestiei au realizat ulterior Hilgard (1965), Evans (1967), Barber (1969), Orne (1970), şi Gheorghiu (1977; 1982; 1989; 1992).

În urma analizei datelor furnizate de literatura de specialitate ne-am oprit la definiţia conform căreia sugestia este un stimul sau o constelaţie de stimuli cu caracter provocator, capabil să declanşeze: a) reacţii neadecvate — confundări, distorsionări, disfuncţii (sugestii negative); b) reacţii susceptibile să accentueze adecvarea la realitate, ca de pildă activarea disponibilităţilor adaptative (sugestii pozitive); c) reacţii neutre sub raportul adecvării sau neadecvării la realitate (sugestii neutre) (Gheorghiu, 1977).

Autorul face distincţie între:

— sugestie înţeleasă ca stimul sugestiv;

— comportament sugestiv;

— sugestibilitate privită ca disponibilitate a individului de a fi influenţat prin sugestie.

Sugestia sau situaţia-sugestie este definită ca o incitaţie susceptibilă să declanşeze reacţii spontane nemediate de instanţele reflexive ale gândirii. Individul confruntat cu această incitaţie venită din afara sau dinăuntrul său trebuie să dispună totdeauna, în principiu, atât de posibilitatea de a se conforma, cât şi de aceea de a nu se conforma mesajului incitaţiei. El nu-şi dă seama decât arareori că dispune de cele două alternative. Dacă alternativa nonreacţiei lipseşte, nu mai este vorba despre sugestie, ci despre un comportament forţat.

Gheorghiu (1977) evidenţiază anumite predispoziţii sau trăsături care favorizează receptivitatea la sugestie. Dintre acestea menţionăm:

a) *Închipuirea* reprezintă capacitatea omului de a-şi investi imaginile sau opiniile cu privire la un obiect sau o persoană cu atributul plauzibilităţii, indiferent dacă acestea reflectă sau nu realitatea, deci în afara controlului critic.

b) *Transpunerea* este capacitatea individului de a se comuta spontan sau voluntar de la o situaţie la alta, de la o trăire la alta, de la un

„rol" la altul. Aceasta presupune imaginație, empatie, capacitate de imitație și învățare socială. Transpunerea este una dintre dimensiunile majore ale talentului actoricesc.

c) *Conformarea* este acea particularitate care stă la baza acordării atitudinilor, opiniilor, comportamentului propriu cu cele ale grupului social din care face parte individul.

d) *Subordonarea* reprezintă supunerea necritică față de incitații din interiorul sau din afara individului, care urmăresc, direct sau indirect, să-i dirijeze comportamentul.

e) *Captarea* reprezintă o dispoziție prin care se asigură orientarea selectivă a persoanei spre o sursă provocatoare, persoana lăsându-se absorbită de respectiva sursă, care pune stăpânire pe ea.

Se subliniază adesea faptul că fiecare ființă umană posedă, într-o măsură mai mică sau mai mare, tendințele de mai sus, dar că acestea nu duc în mod necesar la sugestibilitate. Probabil, o anumită structurare a acestora, activată de stimulul sugestiv, este responsabilă de producerea comportamentului în sensul sugestiei. Efectele sugestiei sunt extrem de numeroase. Toate aspectele vieții psihice, începând cu senzațiile și percepțiile și sfârșind cu deciziile, raționamentele, atitudinile și opiniile individului, sunt susceptibile a fi influențate prin sugestie.

Din punctul de vedere al valorii lor adaptative pentru individ, aceste efecte pot să fie atât pozitive, ducând la optimizarea funcționalității diferitelor sisteme psihofizice, la ameliorarea sănătății și la actualizarea disponibilităților latente ale individului (cazul extrem reprezentându-l vindecările „miraculoase" produse prin sugestie), cât și negative, autosugestiile sau heterosugestiile (sugestii emise de către o altă persoană) putând duce la disfuncții neuropsihice sau psihosomatice, ori chiar la agravarea unor boli.

Sugestia și autosugestia reprezintă unele dintre mecanismele de bază ale relaxării. Tehnicile de relaxare și în special antrenamentul autogen vizează obținerea decontracției musculare sau nervoase prin sugestie și autosugestie. Acestea intervin, în primul rând, la inducerea stării de relaxare, obținerea senzațiilor de greutate, căldură, calmare a respirației etc., senzațiile caracteristice exercițiilor de relaxare realizându-se atât prin formule de tip sugestiv (monotone, repetitive), cât și prin imagini menite să medieze concentrarea sugestivă. De asemenea, sugestia și autosugestia joacă un rol important în adâncirea și consolidarea stării de relaxare. Ascultând comenzile sau

dându-şi în permanenţă autocomenzi, subiectul reuşeşte să intre într-o stare de relaxare tot mai adâncă, să realizeze la nivel superior senzaţiile de greutate şi căldură caracteristice antrenamentului autogen.

Subiectul care a realizat relaxarea este deconectat de stimulii exteriori perturbatori ai ambianţei, prin concentrarea selectivă asupra unor imagini sau formule pe care le aude sau le repetă în limbaj interior. În felul acesta, receptivitatea lui faţă de sugestiile venite de la terapeut sau faţă de autosugestii (în cazul în care lucrează singur) creşte foarte mult. Pe aceasta se bazează utilitatea, în timpul relaxării, a unor formule cu caracter fie terapeutic, de reducere a unor fenomene perturbatoare, fie în scopul optimizării performanţelor (cum sunt cele utilizate în cadrul antrenamentului psihoton la sportivi).

Relaţia dintre antrenamentul autogen şi sugestie a fost subliniată şi de Schultz. Acesta, deşi accentua rolul autosugestiei (element activ), afirma că totuşi, în cadrul antrenamentului autogen, un rol important îl au şi heterosugestiile. El arăta, de asemenea, că nu se evidenţiază o corelaţie perfectă între modificările obiective produse în cursul antrenamentului autogen şi trăirea subiectivă a celor care îl practică. Este de presupus că, în fazele de învăţare ale antrenamentului autogen, accentul trebuie să cadă mai mult pe heterosugestie, urmând ca treptat subiectul să preia sarcina relaxării şi a rezolvării propriilor probleme şi conflicte. S-a constatat că, pentru a fi eficiente, sugestiile utilizate în stare de relaxare sau hipnoză trebuie să îndeplinească următoarele condiţii (Jencks, 1977):

— să fie acceptate de subiect;
— să concorde cu sistemul de valori al persoanei;
— să servească scopului propus (aceasta presupune o cunoaştere precisă a problematicii subiectului);
— să se integreze adecvat în ciclurile de activitate;
— să urmărească, pe cât posibil, ciclurile respiratorii;
— să nu fie prea lungi;
— să fie pozitive;
— să impresioneze (să fie plastice);
— să fie ritmice;
— să fie realiste;
— să fie simple;
— să fie convingătoare;

— să fie individualizate.

Iată câteva exemple de formule sugestive care pot fi utilizate pentru combaterea tracului de examene:

Mă pot stăpâni perfect în orice situaţie.

Mă voi prezenta la examen la nivelul cel mai înalt pe care îl permite pregătirea mea.

Sunt calm şi stăpânit; cunoştinţele îmi vin în minte ca de la sine.

4.2. Antrenamentul mental — psihoterapie scurtă şi tehnică de autoreglare a stărilor psihice

Antrenamentul mental este o metodă de psihoterapie şi autoreglare a stărilor psihice. Aceasta constă din exerciţii de concentrare a atenţiei şi modificare voluntară a sistemelor de reprezentări realizate în timpul unei stări de relaxare. Antrenamentul mental a fost utilizat pentru prima oară de către psihologii sportivi pentru:

a) creşterea eficienţei învăţării motrice;

b) optimizarea execuţiei deprinderilor motrice;

c) corectarea unor greşeli de execuţie în cadrul comportamentului motor;

d) recuperarea deprinderilor motrice după accident sau îmbolnăvire;

e) familiarizarea sportivului cu situaţia competiţională şi desensibilizarea acestuia faţă de evenimentele stresante (Holdevici şi Vasilescu, 1988).

În acelaşi timp, în psihologia clinică a fost pusă la punct o altă variantă de antrenament mental — *tehnica imaginaţiei dirijate* — care constă în repetarea mentală intenţională a unei acţiuni sau situaţii. Hall (1982) a utilizat această tehnică pentru desensibilizarea pacienţilor care sufereau de reacţii fobice: în stare de relaxare, pacientul era solicitat să repete mental situaţia cu care va fi confruntat şi care îi producea teamă, imaginându-şi că va face faţă respectivei situaţii, fiind calm şi încrezător în sine. În cele ce urmează, ne-am propus să

prezentăm un sistem combinat de antrenament mental (o metodă de psihoterapie şi autoreglare a comportamentului, de tip „cocktail"), care s-a dovedit a fi utilă atât în antrenamentul tulburărilor nevrotice şi de adaptare, cât şi în optimizarea performanţelor umane (în sport, pe scenă, în învăţare etc.). Această metodă poate fi considerată o formă de psihoterapie scurtă, ea durând 3–4 luni cu două şedinţe pe săptămână.

Structura antrenamentului cuprinde mai multe trepte care sunt învăţate în mod progresiv de către pacienţi. Unele exerciţii se realizează numai în cadrul şedinţelor de psihoterapie, în timp ce altele se execută şi de către subiecţi singuri.

1. Prima treaptă constă în învăţarea exerciţiilor de greutate şi căldură aparţinând antrenamentului autogen Schultz. Când pacientul este capabil să se relaxeze suficient de bine se poate trece la treapta următoare.

2. Exerciţii care au drept scop antrenarea sistemelor de reprezentări aparţinând „programării neurolingvistice" (Bandler, 1985).

Pentru exemplificare prezentăm următorul exerciţiu: *Luaţi o poziţie confortabilă şi relaxaţi-vă aşa cum aţi învăţat deja. Relaxaţi-vă din ce în ce mai mult, profund, tot mai profund. Acum gândiţi-vă la o amintire neplăcută (de pildă, atunci când v-aţi despărţit de prietenul dumneavoastră) care vă face să vă simţiţi deprimată, nefericită. Încercaţi să vă reprezentaţi în minte amintirea respectivă cât puteţi de clar. Apoi faceţi imaginea mentală să devină tot mai indistinctă, mai palidă, mai lipsită de culoare, mai neclară, mai întunecoasă. Veţi fi surprinsă să constataţi faptul că noua imagine vă face să vă simţiţi mai puţin deprimată.*

3. Modificarea, prin antrenament mental, a modului în care subiectul se raportează la evenimente şi situaţii. Am utilizat tehnica denumită „antrenarea mentală a poziţiei centrale" aparţinându-i lui Graham (1990). Pacientului, în stare de relaxare, i se cere să-şi imagineze o schemă în care evenimentele pozitive sunt plasate deasupra liniei orizontale, iar cele negative, dedesubtul respectivei linii. Când pacientul realizează progrese în domeniul antrenamentului mental, el trebuie să reuşească să se plaseze pe sine, în mod spontan, în „poziţia centrală", poziţie care duce la creşterea încrederii în sine.

Perioada în care m-am
simţit bine

Loc plăcut — Persoane simpatice

Poziţie centrală

Persoane pe care le detest — Loc neplăcut

Perioada în care m-am
simţit trist, speriat, deprimat

4. Modificarea modelelor de gândire ale subiectului şi cultivarea gândirii pozitive. Aceasta include următoarele elemente:

a) Evidenţierea problemelor personale. Subiectul este interogat în stare de veghe cu privire la tulburările şi problemele sale şi este instruit să realizeze o ierarhizare a respectivelor probleme şi simptome. Atunci când se presupune că există probleme mai complexe pe care subiectul nu le conştientizează din cauza mecanismelor de apărare, se poate realiza interogarea în stare de relaxare sau în stare hipnotică. După identificarea problemelor, subiectul — în stare de relaxare — învaţă să-şi imagineze că intră în ceea ce se numeşte „camera interioară", unde stabileşte un contact cu „sfătuitorul interior" (inconştientul), care îi răspunde la întrebări şi îi dă sfaturi. „Sfătuitorul interior" trebuie să aibă o imagine concretă (o fiinţă umană, un animal, un personaj de basm) (Uneståhl, 1983).

b) Oprirea gândurilor negative (Uneståhl, 1983). Subiectul este instruit să identifice „vocea interioară" care îi spune lucruri negative, îl critică, îi arată numai părţile întunecate ale realităţii. Această „voce interioară" are un conţinut informaţional foarte redus, în schimb are un efect perturbator. Pas cu pas, practicantul învaţă să oprească în mod voluntar, la nevoie, această voce şi să-i modifice intensitatea, expresivitatea şi chiar şi conţinutul.

c) Restructurarea cognitivă (Uneståhl, 1986) (dezvoltarea modelelor de gândire pozitivă). Practicantul este antrenat, treptat, să găsească semnificaţii pozitive în situaţiile negative, să transforme o situaţie perturbatoare într-una constructivă, prin modificarea sistemelor de referinţă şi prin reinterpretarea realităţii după modelul următor:

Dezavantaj — Avantaj
Dezastru — Încercare — Dezvoltare
Ameninţare — Provocare
Sfârşit — Începutul unei perioade mai bune

d) Desensibilizarea. Evenimentele traumatice sunt retrăite în imaginaţie, subiectul aflându-se în stare de relaxare, şi sunt asociate cu experienţe pozitive.

5. Modificarea imaginii de sine

Datele clinice şi observaţiile din viaţa cotidiană au evidenţiat faptul că persoanele slabe (psihic), depresive, anxioase, lipsite de încredere în sine au tendinţa de a atribui, de regulă, succesele lor unor cauze accidentale (şansă), iar eşecurile unor cauze stabile (propria lor incapacitate). Dimpotrivă, indivizii echilibraţi, cu succes în viaţă, au o atitudine contrară: ei atribuie succesele calităţilor şi abilităţilor lor, iar eşecurile unor cauze accidentale (ghinion). Antrenamentul mental (Unestâhl, 1986) constă în analizarea cauzelor succesului şi eşecului şi antrenarea subiectului (elev, sportiv, pacient) să identifice cauze stabile pentru succese şi cauze accidentale pentru eşec. A fost aplicată şi tehnica antrenării mentale a imaginii de sine ideale (cum doreşte să fie subiectul). Această tehnică a fost utilizată pentru scopurile generale ale întăririi eului, dar şi pentru reducerea simptomelor. Am utilizat „metoda oglinzii", adaptată după Graham (1990), din care exemplificăm:

Aşezaţi-vă într-o poziţie comodă într-un fotoliu şi relaxaţi-vă cât puteţi de profund. Relaxaţi-vă tot mai mult, tot mai profund, tot mai profund. Acum imaginaţi-vă pe dumneavoastră şezând relaxată pe acelaşi fotoliu şi având o oglindă în spate şi o oglindă în faţă. Aruncaţi o privire rapidă în oglinda din spate şi priviţi imaginea dumneavoastră nedorită (de pildă, pentru o tânără pacientă — prea grasă, neglijent îmbrăcată, cu părul în dezordine, depresivă, anxioasă, neglijată, consumând prea mult alcool, lipsită de încredere în sine etc.). *Apoi priviţi în oglinda din faţă unde puteţi vedea imaginea clară şi distinctă a persoanei care doriţi să fiţi* (atrăgătoare, subţire, bine îmbrăcată, în bună dispoziţie, puternică şi cu încredere în sine). *Identificaţi-vă cu imaginea pozitivă a persoanei care doriţi să fiţi. Acum observaţi o mică uşă în oglinda din faţa dumneavoastră. Imaginaţi-vă că intraţi pe uşa respectivă şi deveniţi una cu imaginea dorită, că deveniţi persoana care doriţi să fiţi. În acelaşi timp, spuneţi-vă în gând că sunteţi foarte fericită de felul în care sunteţi acum şi încercaţi să trăiţi sentimentul corespunzător de bine.*

6. Sugestii pentru întărirea eului şi înlăturarea simptomelor nedorite

Într-o stare de relaxare profundă se administrează subiectului sugestii de întărire a eului (Hartland, 1979), de tipul:

Zi după zi, devii tot mai puternic, din ce în ce mai puternic, mai relaxat, mai calm, cu mai multă încredere în tine. Capacitatea ta de concentrare şi memoria ta devin tot mai bune; orice faci, faci bine, cu succes.

Pentru înlăturarea simptomelor administrăm sugestii directe de tipul:

- *Zi de zi, devin tot mai puţin anxios sau mai puţin deprimat* sau:
- *Băutura sau fumatul îmi sunt indiferente.*

În primele trei săptămâni subiectul învaţă relaxarea. Apoi introducem gradat exerciţiile de antrenament mental. După însuşirea acestora, subiectul este instruit să practice respectivele exerciţii zilnic acasă, timp de 20 de minute, utilizând unul dintre exerciţiile de antrenament mental în cursul fiecărei şedinţe de relaxare. Observaţiile noastre clinice ne-au condus la concluzia că această variantă de psihoterapie scurtă şi de autoreglare a stărilor psihice este mai eficientă şi are efecte mai stabile decât tehnicile clasice de relaxare. Rezultatele pozitive au fost obţinute prin intermediul ei în tratamentul fobiilor (agorafobie, fobie de zbor cu avionul, trac de scenă, atacuri de panică), alcoolismul incipient, în unele stări nevrotice polisimptomatice, dar şi în optimizarea performanţelor la trăgătorii de elită.

Studii de caz

În cele ce urmează, vom prezenta două cazuri clinice în care metoda preconizată de noi s-a dovedit eficientă.

1. Ionuţ, în vârstă de 23 de ani, student la Conservator, secţia de vioară, s-a prezentat la cabinetul de psihologie pentru dispoziţie depresivă, anxietate, anorexie (lipsa poftei de mâncare), senzaţie de vomă, lipsă de încredere în propriile capacităţi de performanţă artistică (pacientul avea rezultate deosebite la repetiţii şi rezultate mult mai slabe pe scenă), trac de scenă, dar şi pentru fobia de a călători. Pacientul a urmat de mai multe ori tratament psihiatric medicamentos (la mai mulţi medici), din păcate însă, fără rezultate. Simptomatologia sa s-a accentuat foarte mult când a primit o bursă de studii în Anglia şi, din cauza tulburărilor sale nevrotice, a fost incapabil să plece.

Am lucrat cu pacientul timp de trei luni și acesta a realizat progrese rapide. Astfel, spre sfârșitul perioadei de psihoterapie, el a fost capabil să plece în Grecia și apoi în Franța, unde a dat concerte cu o orchestră studențească, fără a avea vreo problemă psihologică. Actualmente, pacientul și-a terminat studiile și a ocupat, prin concurs, un loc într-una din cele mai mari orchestre ale capitalei.

2. Izabela, 35 de ani, absolventă a unui institut de învățământ superior, necăsătorită, s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru dispoziție depresivă, insomnii, anxietate, creștere ponderală și abuz de alcool. Performanțele sale profesionale au devenit din ce în ce mai slabe, deși în tinerețe fusese o studentă excepțională. Când avea 27 de ani, prietenul ei a decedat într-un accident rutier. După 6 luni, ea și-a pierdut serviciul și după încă un an, noul ei prieten a părăsit-o pentru a se căsători cu o altă femeie. După aceste forme de stres cumulate, pacienta a început să abuzeze de alcool, s-a îngrășat, iar simptomatologia menționată mai sus s-a accentuat treptat. După patru luni de psihoterapie conform sistemului propus de noi, s-au evidențiat ameliorări evidente. Pacienta și-a găsit un nou loc de muncă, a scris o serie de articole apreciate de specialiști din profesia ei și a devenit ceea ce se cheamă o „femeie cu succes". În același timp, ea a încetat să abuzeze de alcool și să mănânce în exces și a intrat într-o relație reușită cu un bărbat.

V
Hipnoza și terapia de scurtă durată*

5.1. Definirea și caracteristicile hipnozei

Hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conștiință, asemănătoare cu relaxarea sau cu stările meditative specifice unor culturi orientale. Fenomene similare cu cel hipnotic se întâlnesc frecvent în viața cotidiană. Astfel, cineva poate fi atât de absorbit de lectura unui roman sau de vizionarea unui film la televizor, încât nu mai aude soneria de la ușă sau se poate lăsa furat de gânduri în asemenea măsură, încât nu mai înregistrează ce-i spune interlocutorul cu care tocmai discută. Se apropie de hipnoză și fenomenele de reverie, în timpul căreia, dominați de propriile construcții imaginative, parcă ne transpunem în alte locuri și trăim alte stări decât cele legate de realitatea imediată, precum și fenomenele de extaz religios care se întâlnesc frecvent la adevărații credincioși. Șoferul care conduce noaptea și este fascinat de dunga luminoasă a șoselei, care îi produce o îngustare a câmpului conștiinței ce se poate uneori solda cu accidente, este și el victima unei stări asemănătoare cu hipnoza. Aceste stări le denumim în limbaj comun cu ajutorul unor termeni ca: „A te lăsa furat", „A fi pe altă lume" etc. Cei care trăiesc astfel de stări își orientează de fapt gândurile în interiorul lor.

Fenomenele de tip hipnotic au fost descrise încă din Antichitate și continuă să se întâlnească frecvent în practicile magice specifice culturilor primitive. Posibilitățile hipnozei au fost când exagerate, așteptându-se de la cei care o practicau adevărate minuni, rezolvarea unor cazuri pe care nu le puteau soluționa alte metode medicale sau

* Acest capitol cuprinde fragmente publicate inițial în volumul *Hipnoza clinică*, autor Irina Holdevici, apărut la Editura Trei în anul 2010.

psihologice, când minimalizate sau chiar negate de către sceptici, care însă nu făcuseră suficiente eforturi pentru a cunoaşte metoda în detaliu.

Se pare că un deserviciu însemnat i-au făcut hipnozei atât apropierea exagerată a acesteia de fenomenele parapsihice, considerându-se că persoanele care o practică trebuie să dispună neapărat de forţe supranaturale, cât şi performanţele hipnotizatorilor de estradă, care i-au îndepărtat pe mulţi cercetători serioşi de acest domeniu. De asemenea, multe lucrări din domeniul literaturii ştiinţifico-fantastice au accentuat ideea că subiectul hipnotizat devine un fel de robot uman, controlat pe căi paranormale de către cel care a indus hipnoza, ceea ce a generat temeri nejustificate din partea unor pacienţi care ar fi putut beneficia de avantajele acestei tehnici.

Putem vorbi de hipnoza modernă odată cu experienţele medicului austriac Franz Anton Mesmer (1734–1815), care a descris hipnoza şi stările specifice acesteia sub denumirea de „magnetism animal". Sistemul de tratament utilizat de Mesmer a fost ironizat de medicina din acea perioadă din cauza manierei teatrale în care aborda el pacienţii: subiectul era introdus într-un fel de butoi cu apă, fiind înconjurat de sârme şi de tot felul de magneţi, care aveau menirea să pună în evidenţă fluidul denumit „magnetism animal". Adesea, pacienţii sugestibili erau cuprinşi de convulsii. O comisie instituită în anul 1784 de către regele Franţei, comisie din care a făcut parte şi Franklin, ambasadorul Statelor Unite, a primit însărcinarea să cerceteze experimentul „magnetismului animal". Comisia respectivă a ajuns la concluzia că aceasta nu era altceva decât un rezultat al imaginaţiei. Deşi Mesmer a fost discreditat, teoriile sale nefiind fondate ştiinţific, mulţi pacienţi continuau să se vindece prin metodele sale şi aceasta a întărit convingerea că, deşi teoriile erau greşite, totuşi fenomenul respectiv exista cu adevărat.

De hipnoză s-a folosit şi abatele Johann Joseph Gassner (1717–1799), cunoscut exorcist din Elveţia, care avea darul de a alunga „forţele negative" ce puneau stăpânire pe pacient. Medicul englez John Elliotson (1791–1863) a realizat primele intervenţii chirurgicale în stare de transă hipnotică, iar James Esdaile, medic scoţian (1808–1856), a raportat 345 de intervenţii de chirurgie majoră realizate în India, în somn hipnotic (citat de Gauld, 1992).

Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795–1860), de la grecescul *hypnos*, care înseamnă somn, el considerând

hipnoza ca pe un „somn nervos". O atenţie deosebită este acordată hipnozei de către cele două şcoli ale psihiatriei franceze, Şcoala de la Salpêtrière, reprezentată de Jean-Martin Charcot (1835–1893), şi Şcoala de la Nancy, al cărei reprezentant de seamă a fost Hyppolyte Bernheim (1840–1919). Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific isteriilor, dimpotrivă, Bernheim susţinea că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Acesta din urmă a fost în mare măsură influenţat de rezultatele deosebite ale unui medic de ţară, Ambroise-Auguste Liébeault (1823–1904), care folosea şi el cu succes hipnoza.

Utilizarea în scopuri terapeutice a hipnozei a fost susţinută şi de succesele cunoscuţilor psihiatri Breuer şi Freud (*Studii despre isterie*, 1895). Ulterior, Freud a abandonat hipnoza în favoarea propriei sale teorii şi metode — psihanaliza —, ceea ce a făcut ca, pentru moment, interesul pentru hipnoză să înregistreze un regres. În 1889 a avut loc primul congres internaţional de hipnoză terapeutică şi experimentală şi, cam în aceeaşi perioadă, marii teoreticieni în domeniul psihologiei au început să se intereseze de fenomenul hipnotic. Astfel, Wilhelm Wundt a scris o lucrare despre hipnoză. William James include un capitol dedicat hipnozei în celebra sa lucrare *Principiile psihologiei*, iar Pierre Janet abordează şi el hipnoza din perspectiva disocierilor de personalitate.

În timpul Primului Război Mondial, McDougal a tratat, cu ajutorul hipnozei, soldaţi aflaţi în stare de şoc. Şi în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, hipnoza a fost utilizată cu succes în tratamentul nevrozelor de război. Apoi, treptat, aplicaţiile ei s-au extins în stomatologie şi obstetrică. Asociaţia medicală britanică, în anul 1955, şi Asociaţia medicală americană, în 1958, au hotărât ca hipnoza să fie inclusă ca disciplină de învăţământ în şcolile medicale, iar în anul 1960, Asociaţia Psihologilor Americani a recunoscut oficial utilizarea terapeutică a hipnozei de către psihologi. La ora actuală există, în afară de societăţile naţionale, Societatea europeană de hipnoză, Societatea internaţională de hipnoză şi Societatea de hipnoză „Milton Erickson", după numele fondatorului ei, unul dintre cei mai talentaţi şi mai creativi hipnoterapeuţi ai lumii.

Hipnoza are o serie de aplicaţii practice atât în clinică, pentru psihoterapie, cât şi în alte domenii de activitate în care se urmăreşte optimizarea performanţelor umane. Astfel, ea pătrunde tot mai mult în pregătirea psihologică a sportivilor de înaltă performanţă,

precum şi a cosmonauţilor pentru obţinerea unui echilibru emoţional de nivel superior, pentru perfecţionarea capacităţii de concentrare a atenţiei, dezvoltarea deprinderilor motrice, dar şi pentru o mai bună autoreglare a comportamentului în ansamblu. De tratament hipnotic pot beneficia şi artiştii cu trac de scenă sau elevii şi studenţii hiperemotivi, care au tendinţa de a se bloca la examene, obţinând rezultate sub posibilităţile lor reale. Cercetările din ultimii ani au demonstrat că hipnoza poate contribui şi la creşterea eficienţei învăţării, precum şi la dezvoltarea unor disponibilităţi creative latente.

În clinică, hipnoza se aplică în foarte multe domenii. Astfel, ea se foloseşte cu succes în chirurgie, pentru realizarea unor operaţii fără anestezie sau cu o cantitate redusă de anestezice, atunci când subiectul prezintă intoleranţă la astfel de substanţe sau când acestea lipsesc (în condiţii de izolare, luptă etc.). Hipnoza s-a dovedit utilă şi pentru reducerea anxietăţii preoperatorii, precum şi pentru o evoluţie postoperatorie cât mai bună şi mai rapidă. Un domeniu unde hipnoza poate face foarte mult îl reprezintă combaterea durerii; este vorba de durerile din bolile cronice, de migrene, precum şi de cele ce apar în timpul naşterii sau al unui tratament stomatologic. În medicina psihosomatică, hipnoza se utilizează în terapia unor afecţiuni care vizează aparatele şi sistemele cardiovascular, respirator, digestiv sau endocrin (tahicardie, hipertensiune arterială, vărsături, colici, colite, astm bronşic, obezitate, tulburări sexuale etc.). Ea are, de asemenea, aplicaţii în domeniul unor afecţiuni dermatologice (prurit, psoriazis, reacţii alergice, tratamentul negilor) şi în recuperarea unor deficienţe motorii produse de accidente vasculare sau traumatisme.

Sfera cea mai largă de aplicaţie o are tratamentul prin hipnoză în cazul afecţiunilor nevrotice (reacţii de tip fobic, atacuri de panică, anxietate, tulburări ale atenţiei şi memoriei). Cercetări recente au evidenţiat faptul că prin hipnoză s-ar putea influenţa favorabil chiar evoluţia unor boli grave, cum ar fi cancerul şi SIDA. Astfel, la Congresul European de Hipnoză din 1990, Simonton (SUA) a elaborat o lucrare denumită „Rolul psihoneuroimunologiei — consilierea şi factorul psihic în cancer". Specialistul german Lenk (1990) a condus un seminar practic dedicat utilizării hipnozei în cancer, iar un coleg al său, tot german, Otremba (1990), a prezentat date clinice şi experimentale încurajatoare obţinute pe pacienţi bolnavi de SIDA. Adepţii psihoterapiei, printre care includem hipnoterapeuţii, au ajuns la concluzia că, dacă prescriem medicamente pentru

tulburări de natură psihologică, nu facem decât să mascăm problema reală. Înțelepții orientali spuneau că, dăruind cuiva un peşte, îi vom potoli foamea pentru câtva timp, dar, dacă îl învățăm să pescuiască el va fi capabil să-şi procure hrana pentru tot restul zilelor. La fel, dacă îi învățăm pe pacienți, prin intermediul hipnozei şi apoi al autohipnozei, cum să se vindece şi să rămână sănătoşi, cum să-şi rezolve problemele de viață, le punem la dispoziție un mijloc care îi va putea ajuta să-şi mențină echilibrul sufletesc şi o stare bună de sănătate tot restul vieții.

Majoritatea oamenilor nu sunt conştienți de resursele interioare de care dispun, ei ignorând faptul că există o cale de a intra în contact cu aceste resurse, pentru a ameliora şi menține sănătatea şi pentru a se autoperfecționa fizic şi psihic. Mentalul conştient al omului îl ajută să rezolve o serie de probleme, să înțeleagă diverse situații doar la nivel logic. Trebuie deschise şi căile pentru cunoaşterea intuitivă care are loc prin mecanisme inconştiente, iar aceasta se face mai uşor cu ajutorul relaxării, hipnozei şi autohipnozei.

Definițiile cele mai utilizate la ora actuală pentru terapia hipnotică sunt următoarele (Yapko, 1995, p. 8):

1. Hipnoza reprezintă un demers de imaginație dirijată. Hipnotizatorul, o altă persoană (în heterohipnoză) sau subiectul însuşi (autohipnoză), acționează în sensul ghidării unor experiențe bazate pe fantezie (Barber, Spanos şi Chaver, 1974; Barber, 1979).

2. Hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiință cu caracter natural. Subiectul intră în starea hipnotică denumită transă, stare care este diferită de cea normală de veghe şi care nu este indusă artificial, prin consum de substanțe sau prin intermediul altor procedee fizice (Ludwig şi Levine, 1965; Ludwig, 1966; Tart, 1969).

3. Hipnoza reprezintă o stare de relaxare în care sugestibilitatea subiectului se accentuează. Acesta intră într-o stare de destindere fizică şi psihică profundă, în care devine mai receptiv la sugestii (Miller, 1979; Edmonston, 1991).

4. Hipnoza reprezintă o stare de concentrare intensă care presupune focalizarea selectivă asupra unei singure idei sau unui stimul senzorial, o anumită secvență de timp (Spiegel şi Spiegel, 1987).

În ceea ce priveşte demersul psihoterapeutic, intervenția clinică poate fi considerată ca o serie de procese de comunicare între terapeut şi client (pacient) (Watzlawick, 1978; Araoz, 1985). Indiferent de orientarea teoretică, terapeutul va utiliza relația de comunicare

atât pentru evaluarea pacientului, cât şi în calitate de vehicul al schimbării terapeutice prin intermediul căreia persoana aflată în dificultate va fi dirijată să acţioneze diferit, într-o manieră considerată mai adaptativă (Zeig şi Rennick, 1991).

Yapko (1995) leagă, la rândul său, hipnoza de procesul de comunicare şi influenţă interpersonală. Dacă se renunţă la abordarea hipnozei într-o manieră pasivă, ca fiind o stare subiectivă internă a individului, deplasându-se accentul asupra relaţiei de comunicare interpersonală prin intermediul căreia terapeutul îi sugerează clientului să trăiască anumite experienţe cu caracter psihoterapeutic, se deschid noi perspective în direcţia înţelegerii mecanismelor hipnozei. Privit din această perspectivă, hipnoterapeutul trebuie să fie un „comunicator" eficient, pentru a obţine rezultate în terapie. Este necesar ca acesta să fie în măsură să recunoască şi să accepte stilurile de gândire ale celorlalţi, să comunice în aşa fel încât pacienţii să se simtă înţeleşi pe unul sau mai multe planuri şi să devină capabili să-şi integreze experienţele subiective în propriul lor avantaj (Gilligan, 1987). În cadrul acestui mod de abordare, se pune un accent mai redus pe ritual sau profunzimea transei, terapeutul fiind preocupat mai mult de aspectele de comunicare interpersonală.

Bellet (2002, p. 142–144) ne spune ce *nu* este hipnoza:

1. Hipnoza nu este un ritual. Studiile clinice de dată recentă au demonstrat faptul că practicarea ritualizată a hipnozei nu sporeşte eficacitatea terapiei, relativ puţini pacienţi fiind sensibili la aceste aspecte.

2. Hipnoza nu este un tratament în sine. Procesarea terapeutică prin intermediul sugestiilor are consecinţe benefice asupra subiectului.

3. Hipnoza nu se datorează unor forţe paranormale ale terapeutului. Prejudecata conform căreia hipnoza l-ar putea determina pe pacient să reacţioneze la orice fel de sugestii n-are nicio bază reală. Studiile au demonstrat că subiectul hipnotizat îşi conservă integritatea morală şi nu se supune niciunei sugestii care vine în contradicţie cu propriul său sistem de valori.

4. Hipnoza nu reprezintă o stare de hipersugestibilitate pasivă. Pentru a se putea realiza, hipnoza presupune o relaţie de comunicare activă din partea pacientului. Acesta reacţionează simultan pe mai multe planuri şi devine autonom odată cu însuşirea tehnicii de autohipnoză. În practică nu s-a dovedit necesară aplicarea testelor de

sugestibilitate asupra pacienților pentru a-i selecționa, hipnoza modernă reprezentând o tehnică interrelațională.

5. Hipnoza nu reprezintă un har. Hipnoza presupune utilizarea și dezvoltarea unor particularități psihofiziologice obișnuite care variază de la individ la individ, indiferent dacă acesta se află în postura de terapeut sau de pacient.

6. Hipnoza nu presupune o stare de depersonalizare, după cum au demonstrat numeroasele cazuri clinice.

7. Hipnoza nu este un panaceu. Deși hipnoza are efecte terapeutice evidente, ea nu poate rezolva totdeauna toate problemele psihopatologice și doar șarlatanii o consideră un panaceu.

8. Hipnoza nu are la bază fenomene de conformism sau complezență. Complezența nu ar putea explica modul în care se produce anestezia prin hipnoză, în cazul intervențiilor chirurgicale.

9. Hipnoza nu reprezintă un „ser al adevărului". Amintirile uitate descoperite cu ajutorul hipnozei nu au valabilitate decât dacă sunt validate prin intermediul unor criterii exterioare, deoarece subiectul hipnotizat poate furniza date ce țin de memorie sau imaginație. Din acest motiv, utilizarea hipnozei în scopuri medico-legale nu este admisă.

10. Hipnoza nu este o psihoterapie de suprafață. Prin intermediul hipnozei nu se abordează chiar simptomele, ci se pun în acțiune și disponibilitățile latente ale ființei umane.

Caracterizarea generală a fenomenului hipnotic

Marcuse (1959) subliniază faptul că hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință, produsă prin repetarea unor stimuli, în care sugestia este mai eficientă decât în mod obișnuit. Majoritatea specialiștilor definesc hipnoza ca pe o stare indusă, de regulă în mod artificial, asemănătoare cu somnul, care în același timp este diferită de acesta din punct de vedere fiziologic, stare ce este caracterizată prin sugestibilitate crescută, datorită căreia pot fi induse subiectului, mai ușor decât în stare normală, o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice și motorii (după Weitzenhoffer și Hilgard, 1963).

Prin hipnoză se realizează deci o stare de hipersugestibilitate selectivă, produsă subiectului prin anumite proceduri specifice, de natură fiziologică sau/și psihologică de către o altă persoană (hipnotizator)

sau de către subiectul însuşi (în cazul autohipnozei). În timpul hipnozei pot fi induse o serie de modificări spectaculoase ale proceselor psihice şi ale comportamentului, modificări ce pot îmbrăca aspecte pozitive sau negative, în funcţie de conţinutul sugestiilor administrate (Gheorghiu, 1977). Astfel, pot fi produse:

A. Modificări ale sferei senzoriale, iluzii (perceperea distorsionată a unor obiecte existente în realitate), halucinaţii (percepţii fără corespondent în realitate), precum şi modificarea unor praguri senzoriale: hiperestezie — accentuarea sensibilităţii, anestezie — reducerea generală a sensibilităţii şi analgezie — reducerea sensibilităţii la durere. Datorită acestor efecte, este posibilă utilizarea hipnozei în combaterea durerii.

B. Modificări prosexice (ale atenţiei): în hipnoză se produce o orientare selectivă a atenţiei, care este îndreptată predominant spre sugestiile terapeutului şi într-o mai mică măsură spre stimulii ambianţei.

C. Modificări mnezice (ale memoriei): prin hipnoză se poate obţine o amnezie, uitarea totală sau parţială a unor obiecte, evenimente, date, după cum se poate produce o hipermnezie sau accentuare a funcţiei mnezice, subiectul reţinând şi redând mai uşor şi mai exact materialul memorat.

D. Modificări în sfera gândirii: în urma inducţiei hipnotice, la unii subiecţi poate să funcţioneze ceea ce specialiştii numesc „logica transei", datorită căreia ei acceptă ca fiind logice situaţii pe care nu le-ar considera ca atare în stare normală. De pildă, subiectul, în urma sugerării faptului că este preşcolar, se comportă ca un copil de 6 ani şi poate discuta în acelaşi timp cu soţia sa, fără ca acest lucru să i se pară ciudat sau nepotrivit.

E. Modificări în domeniul activităţii motorii: relaxare musculară, acţiuni automate, rigiditatea corpului, menţinerea timp îndelungat a unor poziţii incomode, precum şi modificarea comportamentului de ansamblu al subiectului.

F. Modificări în sfera afectivităţii. Acestea capătă conţinut specific în funcţie de sugestiile terapeutului. De regulă, majoritatea subiecţilor care au fost hipnotizaţi afirmă în mod spontan că au trăit în timpul hipnozei o stare afectivă pozitivă, de calm, linişte şi relaxare profundă.

Frecvent, hipnotizatorii profesionişti le sugerează subiecţilor regresia de vârstă. Când sugestiile au acţionat, subiectul se comportă

ca şi cum ar avea o vârstă mai mică decât cea reală, el modificându-şi comportamentul astfel încât să corespundă vârstei sugerate. La subiecţii foarte sugestibili se modifică vocea, mimica şi chiar scrisul, caracterele utilizate în scriere fiind specifice copilăriei. Mulţi autori citează cazuri în care subiecţii regresaţi până la vârsta copilăriei şi-au amintit o limbă pe care o vorbiseră în trecut şi pe care o uitaseră ulterior, conversând sau chiar scriind în limba respectivă. As (1962) relatează cazul unui subiect care, regresat la vârsta copilăriei, utiliza un dialect suedez, iar Gheorghiu (1982) pe cel al altui subiect, care vorbea maghiara. Niciunul din aceşti subiecţi nu-şi mai amintea limbile respective în stare de veghe. Regresia de vârstă este mult folosită de către hipnotizatorii clinicieni pentru a „dezgropa" amintirile psihotraumatizante uitate, care au produs la subiecţi tulburări de tip nevrotic.

Sugerarea stărilor descrise mai sus, cu excepţia regresiei de vârstă, nu se utilizează decât rareori în clinică şi atunci mai mult în scopuri didactice, demonstrative sau pentru a verifica gradul de profunzime a hipnozei. Trebuie făcută totuşi precizarea că, datorită posibilităţilor neobişnuite de modificare a comportamentului prin hipnoză, este posibilă utilizarea terapeutică a acestei tehnici, realizându-se vindecări ce par de domeniul miracolului.

Caracteristicile stării de transă hipnotică

Transa hipnotică este un concept relativ dificil de definit, dar acelaşi lucru se întâmplă şi cu alte concepte cum ar fi, de pildă, durerea. Cu toate acestea, nimeni nu se îndoieşte de existenţa durerii. Datorită acestor dificultăţi, hipnoza este definită adesea prin intermediul unor exemple concrete, care se referă la starea subiectului sau la metodele de inducere a acesteia. Gibson şi Heap (1991) descriu starea de transă hipnotică în opoziţie cu starea de veghe, în care subiectul este implicat permanent în activităţi de procesare şi evaluare a informaţiei. În stare de relaxare şi, cu atât mai mult în transă, care nu este altceva decât o stare de relaxare mai profundă, persoana continuă să audă ceea ce se petrece în jur, dar încetează să mai ia în seamă şi să proceseze acele informaţii.

Rezultat al inducţiei hipnotice, transa hipnotică este considerată astăzi o stare modificată de conştiinţă. Hilgard şi Gheorghiu (1977) descriu starea hipnotică prin următoarele caracteristici:

A. Reducerea funcţiei de planificare. Subiectul hipnotizat pierde iniţiativa şi nu mai manifestă dorinţa de a realiza acţiuni planificate, pe cont propriu. Aflat în hipnoză, subiectul acţionează doar în conformitate cu sugestiile terapeutului. El poate acţiona, dar de cele mai multe ori nu simte nevoia s-o facă. Aspectul exterior al persoanei hipnotizate este al unui individ pasiv, care reacţionează doar la comenzi venite din afară. Acest fenomen este şi mai evident atunci când terapeutul îi sugerează subiectului să menţină mai mult timp o poziţie incomodă pe care nu o modifică decât atunci când i se cere în mod expres s-o facă.

Gill şi Brennman (1959) au întrebat un subiect de ce crede el că se află sub hipnoză (autorii au făcut diverse experimente cu respectivul subiect aflat sub hipnoză: dacă era relaxat, l-au activat, dacă a afirmat că-şi simte braţul insensibil, i-au recomandat revenirea sensibilităţii etc.). Interogat asupra stării sale, subiectul răspunde: „Ştiu că mă aflu sub hipnoză pentru că fac ceea ce spuneţi dumneavoastră".

B. Redistribuirea atenţiei. În hipnoză se accentuează selectivitatea atenţiei, aceasta fiind orientată în mod special spre ceea ce spune şi face hipnotizatorul. Aflat într-o hipnoză profundă, subiectul poate înregistra stimulii din mediul înconjurător sau proveniţi de la alte persoane, dar nu reacţionează decât la comenzile date de hipnotizator (este cunoscut faptul că o altă persoană nu poate anula hipnoza indusă de către terapeut; dacă subiectul este lăsat singur, el poate reveni treptat la starea normală sau poate intra în somn natural). Hilgard afirmă că interpretarea conform căreia hipnoza reprezintă o concentrare maximă a atenţiei, pe baza selectivităţii sale din starea de veghe, teorie susţinută de Barber (1960) şi Leuba (1960), nu este confirmată de date experimentale. Astfel, Amedeo şi Shagass (1963) au demonstrat că subiecţii în stare de hipnoză au fost mai puţin capabili să rezolve probleme de aritmetică decât cei aflaţi în stare de veghe. Înregistrarea mişcărilor oculare, corelate cu performanţele cognitive, indică mai curând o creştere a activităţii difuze a creierului la subiecţii hipnotizaţi. Robert (1964), utilizând o serie de teste de atenţie, nu a găsit nicio corelaţie între capacitatea de concentrare şi hipnotizabilitate, iar Das (1964) afirma că subiecţii cu atenţia mai concentrată sunt mai puţin hipnotizabili. Interpretând aceste date experimentale, Hilgard este de părere că în hipnoză avem de-a face cu o scădere a atenţiei generale, el denumind fenomenul „inatenţie selectivă" (subiectul aude doar vocea hipnotizatorului, nu şi alte voci).

C. Capacitatea crescută a producției imaginative (vivacitatea reprezentărilor memoriei). Din relatările subiecților hipnotizați rezultă că reprezentările din timpul hipnozei sunt deosebit de vii. Adesea, ei au adevărate stări halucinatorii, percepând obiecte, persoane sau situații care nu există în realitate. De asemenea, este cunoscută pregnanța și vivacitatea viselor hipnotice.

D. Reducerea controlului realității și toleranța crescută față de distorsionările acesteia. În viața cotidiană, controalele pe care le realizează omul asupra mediului înconjurător sunt foarte frecvente: omul privește în jur, se uită la ceas, ascultă, atinge obiectele. În timpul hipnozei, reducerea controlului este produsă de sugestiile de relaxare și detașare, ea conducând, la rândul său, la acceptarea cu mai multă ușurință a distorsiunilor perceptive. Astfel, subiectul hipnotizat acceptă amintiri false, schimbări ale personalității, distorsionări ale percepției timpului (cercetările au demonstrat că intervalele scurte sunt percepute ca mai lungi, iar cele lungi, ca mai scurte), perceperea de tip halucinator a unor persoane sau obiecte care se află în încăpere. Aceste fenomene scot în evidență o reducere, sub influența hipnozei, a capacităților discriminatorii și critice ale subiectului. Deși nu trebuie să înțelegem că toate capacitățile logice sunt suspendate, se observă o anumită tendință necritică, de a lua lucrurile ad litteram.

E. Creșterea gradului de sugestibilitate. În hipnoză, receptivitatea la sugestii a subiectului crește foarte mult comparativ cu starea normală. Stimulii sau incitațiile subiective, care, în afara hipnozei determină reacții de intensitate foarte redusă sau nu produc nicio reacție, conduc la modificări de amploare dacă sunt administrați în urma inducției hipnotice. Pe aceasta se bazează numeroasele aplicații ale hipnozei în terapie sau în optimizarea comportamentului.

F. Accentuarea comportamentului de interpretare a unor roluri. Subiectul aflat în hipnoză nu efectuează numai acțiuni simple, sugerate de terapeut. El poate intra într-un rol care presupune desfășurarea unor acțiuni complexe cerute de acesta. Subiecții prezintă în hipnoză o mai mare capacitate de transpunere în rolurile sugerate, comparativ cu starea de veghe. Astfel, un subiect, căruia i se sugerează că are altă vârstă decât cea reală sau că este o altă persoană, va tinde să interpreteze cu multă autenticitate rolul sugerat. Există chiar și o teorie care încearcă să explice fenomenul hipnotic prin jucarea unui rol (Sarbin, 1956; Sarbin și Anderson, 1967).

G. Apariţia amneziei posthipnotice. Amnezia sau uitarea evenimentelor petrecute în timpul hipnozei reprezintă una dintre particularităţile de bază ale stării hipnotice. Această amnezie poate fi sugerată de terapeut, dar ea se poate instala şi spontan, îndeosebi în stările de transă mai profundă.

H. Starea de relaxare psihofizică. Majoritatea subiecţilor care au fost hipnotizaţi şi s-au dovedit receptivi la hipnoză descriu starea pe care au resimţit-o ca fiind caracterizată prin relaxare fizică şi psihică, lipsă de interes pentru ceea ce se petrece în jur, dorinţa de a urma cu exactitate instrucţiunile terapeutului, incapacitatea de a se opune acestora, dorinţa de a rămâne pasivi vreme îndelungată fără a întreprinde ceva. Mulţi subiecţi relatează şi prezenţa unor senzaţii de greutate şi, uneori, de căldură în membre, ca în cazul relaxării după metoda antrenamentului autogen Schultz (2011).

I. Scăderea acuităţii perceptive. În starea hipnotică, stimulii ambianţei sunt percepuţi mai estompat, cu mai puţină claritate şi precizie, unii dintre aceştia nefiind percepuţi deloc. Mulţi subiecţi au descris starea trăită în timpul hipnozei ca fiind una intermediară, între starea de veghe şi cea de somn. Hilgard (1963) a aplicat asupra unor subiecţi cunoscuta scală de hipnotizabilitate Stanford şi le-a cerut apoi acestora să relateze informaţii cu privire la efectele spontane, nesugerate ce apar în timpul hipnozei. Majoritatea subiecţilor hipnotizaţi afirmă că au simţit: lipsa dorinţei de a vorbi, de a se mişca şi de a gândi, tendinţa de a da curs sugestiilor experimentatorului, schimbarea dimensiunii unor părţi ale corpului, senzaţie de zbor, de vârtej, ei descriind starea ca fiind asemănătoare cu somnul.

Tart (1970) a interogat un subiect, foarte talentat pentru hipnoză, asupra stării pe care a trăit-o în timpul unei transe profunde. Acesta şi-a caracterizat starea astfel:

- absenţa senzaţiei corpului propriu;
- absenţa senzaţiilor sau evenimentelor venite din afară; subiectul conştientizează doar un fel de fluid sau flux de energie care îl înconjoară;
- nu are conştiinţa lumii exterioare, cu excepţia vocii depersonalizate a hipnotizatorului, care îi transmite mesaje agreabile şi amuzante ce vin parcă din imensitatea oceanului cosmic;
- sentimentul că se află în afara timpului;
- pierderea identităţii personale.

Desigur, nu toți subiecții sunt capabili să atingă o astfel de profunzime a transei hipnotice. Interesant este că stări similare cu cele descrise de subiectul investigat de Tart au fost prezentate de cei care au studiat diversele variante ale meditației de tip oriental (Govinde, 1960; Philipe, 1963).

Manifestările fiziologice ale fenomenului hipnotic sunt următoarele (Bellet, 2002, pp. 80–81):

1. Manifestări obiective, observabile din exterior:

— încetinirea ritmului respirator;

— scăderea frecvenței cardiace;

— modificări ale tonusului muscular:

- hipotonie, relaxare musculară;
- hipotonie, catalepsie sau rigiditate a unui membru, a unor porțiuni ale corpului sau chiar a corpului în întregime;
- mișcări automate;
- mișcări de deglutiție;
- literalism în înțelegerea spuselor terapeutului (pacientul înțelege totul ad litteram).

2. Manifestări subiective percepute numai de către pacient:

— relaxare generală;

— greutate sau, dimpotrivă, senzație de ușor la nivelul membrelor;

— furnicături, senzații de căldură sau frig;

— halucinații pozitive (subiectul percepe stimuli inexistenți la nivelul sistemelor senzoriale vizual, auditiv, olfactiv, gustativ sau kinestezic);

— halucinații negative (subiectul nu percepe anumiți stimuli prezenți în ambianță);

— izolare de stimulii din context.

Manifestările psihologice ale hipnozei:

— activitate ideomotorie (capacitatea de a reacționa automat la o sugestie, printr-o mișcare de amplitudine redusă, care este utilizată ca tehnică de comunicare cu pacientul în timpul ședinței de hipnoză; de pildă, ridicarea unui deget.)

— detașarea de mediul înconjurător;

— modificări subiective ale percepției timpului;

— amnezie (parțială sau totală);

— regresie de vârstă cu hiperamnezie.

Procesarea hipnotică

Bellet (2002) este de părere că hipnoza implică cinci etape sau trepte care sunt atinse în mod succesiv:

- concentrarea atenţiei, care presupune dezinteres pentru stimulii din mediul înconjurător imediat şi fixarea atenţiei asupra afirmaţiilor terapeutului. Această concentrare a atenţiei conduce la:
- suspendarea stării obişnuite de conştiinţă;
- căutarea inconştientă automată a diverselor sensuri pe care le conţin sugestiile, care conduce la:
- declanşarea unor procese inconştiente ce presupun asociaţii, conexiuni, învăţare care stau la baza hipnozei terapeutice şi de la care se aşteaptă:
- răspunsuri care se declanşează în timpul şedinţei de hipnoză sau posthipnotic şi care presupun achiziţionarea unor noi cunoştinţe şi a unor noi modele de comportament, care să reflecte schimbări pozitive.

Concentrarea atenţiei se realizează prin fixarea privirii asupra unui punct, urmărirea unei povestiri captivante, sugestii de relaxare. Suspendarea stării obişnuite de conştiinţă presupune trecerea de la un mod de operare la altul (se activează emisfera cerebrală dreaptă) şi se realizează prin intermediul tehnicilor confuziei, surprizei şi disocierii.

Yapko (1995, p. 58) prezintă, la rândul său, principalele caracteristici ale tării hipnotice, aşa cum au fost ele descrise în literatura de specialitate:

1. Concentrarea selectivă a atenţiei (Spiegel şi Spiegel, 1987);
2. Senzaţia de lipsă de efort (Gilligan, 1987);
3. Implicarea experienţială, nonconceptuală (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976);
4. Dorinţa de a experimenta diverse trăiri (Gilligan, 1987);
5. Flexibilitatea percepţiilor spaţio-temporale (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976);
6. Modificarea unor aspecte legate de percepţii (Erickson şi Rossi, 1979);
7. Fluctuaţii ale nivelului de implicare (Gilligan, 1987);

8. Inhibiţii verbale şi/sau motorii (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976);
9. Logica transei; reducerea nivelului de testare a realităţii (Shor, 1959);
10. Procesarea psihică de tip simbolic (Zeig, 1980);
11. Distorsionarea percepţiei timpului (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976);
12. Amnezia totală sau parţială (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976; Rossi, 1993).

Profunzimea hipnozei

Nu toţi oamenii pot fi hipnotizaţi în aceeaşi măsură. Unii nu reacţionează defel la inducţia hipnotică, alţii reacţionează moderat, iar alţii se dovedesc deosebit de receptivi. Susceptibilitatea hipnotică reprezintă capacitatea individului de a fi hipnotizat. Oamenii diferă în privinţa acestei calităţi, aşa cum se deosebesc în ceea ce priveşte inteligenţa sau aptitudinile sportive. Specialiştii au ajuns la concluzia că performanţa hipnotică depinde atât de susceptibilitatea hipnotică a individului, cât şi de atitudinea acestuia faţă de hipnoză (o persoană înalt hipnotizabilă poate rezista la hipnoză dacă îşi propune acest lucru).

Pentru măsurarea susceptibilităţii hipnotice au fost alcătuite, încă de la sfârşitul secolului trecut, scale de evaluare a gradului de profunzime a hipnozei pe care poate să o atingă un individ. Profunzimea hipnozei (Hilgard, Weitzenhoffer, Lande şi Moore, 1961) se poate clasifica astfel:

A. Somnul artificial:
- Ameţeala: toropeală, senzaţie de greutate în cap, dificultăţi de a deschide ochii.
- Somnolenţă uşoară: semnele de mai sus, la care se adaugă catalepsie (greutate, inerţie musculară), dar cu capacitatea subiectului de a-şi modifica poziţia membrelor.
- Somn ceva mai profund: insensibilitate, catalepsie, automatisme motorii. Subiectul nu mai poate interveni în desfăşurarea mişcărilor automate (dacă se imprimă braţului o mişcare rotativă, acesta nu mai este capabil s-o controleze).

- Stare intermediară: la catalepsie şi automatisme se adaugă faptul că subiectul nu mai reacţionează la nimic în afară de comenzile date de hipnotizator şi nu-şi aminteşte decât relaţiile dintre el şi hipnotizator.

B. Stare somnambulică profundă:

- Somn de tip somnambulic obişnuit: se caracterizează prin amnezie totală la trezire şi halucinaţii în timpul stării hipnotice, care dispar la trezire. Subiectul se află sub controlul hipnotizatorului.
- Somn de tip somnambulic profund.

Fig. 1. Cotarea susceptibilităţii hipnotice după Davis şi Husband (1931)

Profunzimea hipnozei	*Punctul acordat (scor)*	*Manifestări obiective*
Nonsusceptibil	0	
Stare hipnoidă	2	Relaxare musculară
	3	Tremurul pleoapelor
	4	Închiderea ochilor
	5	Relaxare fizică totală
Transă uşoară	6	Catalepsia pleoapelor
	7	Catalepsia membrelor
	10	Catalepsia rigidă
	11	Anestezie în mănuşă (anularea sensibilităţii numai în anumite zone ale mâinilor)
Transă medie	13	Amnezie (uitare parţială)
	15	Anestezie posthipnotică
	17	Modificări în sfera personalităţii
	18	Reacţie la sugestii posthipnotice simple
	20	Distorsiuni perceptive (iluzii; halucinaţii)
Transă profundă (de tip somnambulic)	21	Capacitate de a deschide ochii fără a afecta transa
	23	Sugestii posthipnotice bizare, care sunt acceptate de subiect
	25	Comportament de tip somnambulic
	26	Halucinaţii vizuale pozitive posthipnotice

	27	Halucinații auditive posthipnotice
	28	Amnezie posthipnotică sistematică
	29	Halucinații negative vizuale și auditive
	30	Hiperestezii (accentuarea sensibilității)

La ora actuală, în domeniul hipnozei clinice şi experimentale se utilizează cel mai frecvent scalele de hipnotizabilitate Stanford (autori Weitzenhoffer şi Hilgard, 1957, 1959, 1962) şi Harvard (autori Shor şi Orne, 1962). Redăm în tabelul de mai jos itemii (probele) comparativi ai susceptibilității hipnotice dintre scalele Stanford (forma A) şi Harvard (Hilgard, 1971):

Tabel 1. Itemii susceptibilității hipnotice în cazul scalelor Stanford și Harvard (după Yapko, 1995)

ITEMII (probe) aplicați Scala Stanford (formula A)	*Scala Harvard*	*Criteriul de notare a rezultatelor după scala Harvard*
1	2	3
Oscilația corpului	Căderea capului	Capul subiectului se apleacă în urma sugestiilor măcar cu 10 centimetri.
Închiderea ochilor	Idem	Ochii subiectului se închid în urma administrării sugestiei, înainte ca experimentatorul să ceară în mod expres acest lucru.
Coborârea brațului	Idem	În urma sugestiilor administrate, brațul coboară complet.
Imobilizarea brațului	Idem	Subiectului i se dau sugestii că brațul nu se poate ridica; el nu ridică brațul mai mult de 2–3 centimetri.
Blocarea degetelor	Idem	I se sugerează că degetele sunt încleștate unele în altele. Nu reușește să-și desfacă degetele atunci când i se cere.
Rigiditatea brațului	Idem	I se sugerează că brațul este rigid; nu reușește să îndoaie brațul mai mult de câteva grade.
Apropierea palmelor	Idem	I se sugerează că palmele se apropie; proba se consideră reușită atunci când palmele nu sunt mai apropiate de 10 centimetri la terminarea probei.

Inhibarea comunicării	Inhibarea comunicării (i se sugerează că nu poate să mişte capul în semn de NU).	Nu poate mişca capul.
Halucinaţie pozitivă (i se sugerează că aude bâzâitul unei muşte)	Idem	Semne evidente cu privire la efect (face mişcări ca şi cum ar dori să alunge musca).
Catalepsia pleoapelor	Idem	Ochii rămân închişi chiar când i se sugerează să încerce să-i deschidă.
Sugestia posthipnotică	I se sugerează că atinge glezna	Face măcar unele mişcări observabile ca şi cum ar dori să atingă glezna.
Amnezia posthipnotică	Idem	Reproduce cel mult trei probe (sau mai puţin) de care îşi aminteşte că ar fi fost realizate în timpul hipnozei.

Scalele de testare a gradului de hipnotizabilitate se utilizează, de regulă, mai mult în scopuri experimentale. Clinicienii se mulţumesc să testeze receptivitatea la hipnoză a pacienţilor lor folosind probe izolate (teste de sugestibilitate) din cadrul acestor scale, probe de tipul celor descrise la capitolul consacrat inducţiei hipnotice.

Teorii explicative ale hipnozei

A) Teoria fluidului vital. Cea mai veche încercare de explicare a hipnozei îi aparţine lui Mesmer, care susţine că la baza hipnozei se află „magnetismul animal", un fel de fluid care curge din corpul hipnotizatorului în cel al subiectului. Medicina din perioada respectivă a infirmat această ipoteză, deşi a fost nevoită să accepte realitatea clinică a fenomenului hipnotic. Cercetările moderne de laborator, realizate cu ajutorul metodei electronografice, au pus în evidenţă existenţa unui biocâmp ce înconjoară organismele vii şi pe care unii specialişti îl explică printr-o concentrare masivă de microparticule de apă la nivelul pielii, ce modifică, prin prezenţa lor, unele caracteristici ale

organismului. Nu a putut fi însă evidenţiată până în prezent vreo legătură directă dintre existenţa acestui câmp şi producerea fenomenului hipnotic.

B) Hipnoza — fenomen psihopatologic specific isteriei. Cunoscutul psihiatru francez Charcot considera receptivitatea hipnotică drept o caracteristică proprie doar persoanelor isterice, deci ca pe un fenomen patologic. El presupunea că, atunci când indivizii îşi recapătă echilibrul, ei nu mai pot fi hipnotizaţi. Studiile ulterioare au arătat însă că subiecţii normali sunt de cele mai multe ori mai hipnotizabili decât bolnavii psihic.

C) Hipnoza şi somnul. Mulţi autori au susţinut ideea asemănării dintre hipnoză şi somn (chiar termenul de hipnoză provine de la cuvântul grecesc *hypnos* — somn). Această teorie se bazează pe faptul că persoana hipnotizată părea ca şi adormită (relaxată, inactivă, de cele mai multe ori cu ochii închişi). Cunoscutul fiziolog rus Pavlov consideră că inhibiţia, somnul şi hipnoza fac parte din aceeaşi categorie de fenomene. După opinia sa, în timpul hipnozei, pe scoarţa cerebrală aflată în inhibiţie se menţin unele focare de veghe, pe baza cărora este posibilă legătura dintre subiect şi hipnotizator, subiectul fiind capabil să execute comenzile date de acesta.

Dar nici datele clinice, nici cele experimentale nu au confirmat ipoteza conform căreia hipnoza ar fi tot una cu somnul. Astfel, s-a demonstrat că un individ aflat în stare de hipnoză mai profundă poate fi activ, în funcţie de conţinutul sugestiilor care i se administrează (ţine ochii deschişi, se mişcă, execută diferite acţiuni complexe). Nici din punct de vedere fiziologic, reacţiile din timpul hipnozei nu seamănă cu cele din timpul somnului. Undele cerebrale în hipnoză sunt specifice stării de veghe relaxată (unde alfa), în vreme ce, pentru somn, sunt specifice unde mai lente. Studiile E.E.G. au demonstrat că un individ este cu atât mai hipnotizabil, cu cât are unde alfa mai bine reprezentate. Pe aceste date se bazează cei care consideră hipnoza o relaxare mai profundă.

D) Hipnoza şi teoria rolului. Această teorie îi aparţine lui Sarbin (citat în Marcuse, 1959), care consideră fenomenul hipnotic drept interpretarea unui rol (acela de persoană hipnotizată). Se accentuează ideea că individul hipnotizat se comportă aşa cum crede el că trebuie să se comporte o persoană aflată în hipnoză, în conformitate cu propriile sale idei despre hipnoză şi cu indicaţiile hipnotizatorului, identificându-se cu rolul. Această încercare de explicare psihosocială

a hipnozei se bazează în mare măsură pe faptul că a fost găsită o corelaţie semnificativă între hipnotizabilitate şi aptitudinile actoriceşti.

Gheorghiu (1977) arată însă că teoria rolului înlocuieşte o metaforă — cea de „transă hipnotică", cu o altă metaforă — cea de „rol", fără ca prin aceasta să explice esenţa fenomenului investigat. Nu pot fi explicate mai ales diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte hipnotizabilitatea, şi anume de ce unii subiecţi se transpun până la uitarea de sine în rolul de persoană hipnotizată, iar alţii nu reuşesc decât foarte puţin sau deloc. Teoria rolului nu poate explica nici modul în care se efectuează o operaţie de chirurgie majoră în stare de hipnoză, în absenţa unor substanţe anestezice, şi nici modul în care se realizează transpunerea în rol în cadrul fenomenelor de autohipnoză. De asemenea, cu ajutorul acestei teorii nu se poate explica nici faptul că unii subiecţi care doresc din tot sufletul să fie hipnotizaţi şi cunosc foarte bine rolul de persoană hipnotizată nu răspund totuşi la hipnoză.

E) Hipnoza şi teoriile învăţării (Hall, 1953; Weitzenhoffer, 1953, 1963). Această teorie evidenţiază posibilitatea comportamentului hipnotic pe baza învăţării (condiţionării unor deprinderi de a intra în transă). Autorii ei susţin că deprinderile hipnotice seamănă cu cele de tipul cufundării în lectură sau cu deprinderile de a trăi intens aventuri imaginare, insistând mult asupra importanţei imitaţiei în cadrul comportamentului hipnotic. După cum se poate lesne observa, şi această teorie este insuficientă, ea mărginindu-se mai curând să descrie modul în care se structurează comportamentul hipnotic, decât să explice mecanismele profunde ale acestuia.

F) Hipnoza şi psihanaliza. Au existat încercări de a explica ceea ce se întâmplă cu subiectul aflat în hipnoză şi prin intermediul conceptelor specifice psihanalizei. Astfel, mulţi autori consideră transa hipnotică un fenomen regresiv, de întoarcere a subiectului la trăiri specifice vârstelor copilăriei. În stare de transă hipnotică, subiectul poate obţine o serie de beneficii secundare, care i-ar rămâne inaccesibile în stare de veghe (îşi permite libertăţi pe care altfel nu şi le-ar putea permite). Se subliniază importanţa raporturilor de subordonare dintre subiect şi hipnotizator, pe care psihanaliştii le aseamănă cu cele dintre părinte şi copil. Astfel, conform acestei teorii, în cadrul hipnozei paterne, hipnotizatorul este identificat cu figura autoritară a tatălui, în timp ce în cadrul hipnozei materne, hipnotizatorul preia rolul protector al mamei. Psihanaliştii încearcă să

stabilească o analogie între fenomenul hipnotic şi dragostea în accepţiune erotică, insistându-se pe fenomenele de tip transferenţial care apar între subiect şi hipnotizator. Astfel, Brenman şi Gill (1947) explică hipnoza prin intermediul regresiei şi transferului. Psihanaliza modernă consideră hipnoza ca o regresie parţială în slujba eului (Kris, 1952).

Hilgard (1994) susţine că şi această explicaţie a manifestărilor hipnotice este insuficientă, neacoperind toată aria de manifestări specifice. Dificil de elucidat prin prisma conceptelor psihanalitice ar fi şi fenomenele de autohipnoză. Dacă în ceea ce priveşte explicaţia teoretică, psihanaliza pare să nu fi adus prea multe lucruri noi, îmbinarea practică dintre hipnoză şi psihanaliză — hipnoanaliza — s-a dovedit o metodă utilă în terapie.

G) Teorii eclectice ale hipnozei. Aceste teorii combină, în explicarea hipnozei, elemente aparţinând unor teorii diverse. Astfel, Shor (citat în Gheorghiu, 1977), autorul teoriei tridimensionale a hipnozei, consideră că hipnoza, ca stare modificată de conştiinţă, trebuie înţeleasă ţinându-se seama de trei elemente:

- tendinţa subiectului de a juca rolul de persoană hipnotizată (conform teoriei rolului);
- profunzimea transei hipnotice;
- actualizarea unor aspecte arhaice, regresive, implicate în conduita hipnotică.

Deşi elementele aparţinând mai multor orientări se completează reciproc, nici în cadrul teoriei tridimensionale nu se poate spune precis cum se explică diferenţele individuale în ceea ce priveşte profunzimea transei atinse de subiect.

H) Teoria comportamentală în problema hipnozei. Această teorie, aparţinând lui Barber şi colaboratorilor săi, pune accentul, în explicarea hipnozei, pe comportamentul subiectului în situaţia experimentală, insistând asupra rolului factorilor motivaţie, atitudine şi expectaţie în producerea unor reacţii concordante cu cele sugerate. El susţine că subiecţii trăiesc fenomene asemănătoare cu cele de tip hipnotic şi în următoarele situaţii:

- când au atitudini, motivaţii şi expectaţii favorabile faţă de situaţia-test;
- când li se spune să-şi imagineze sugestiile experimentatorului.

Deci atitudinile pozitive ar fi cele care determină subiectul să răspundă bine la sugestiile hipnotizatorului.

Barber şi Hahn (1962) au demonstrat experimental că analgezia sugerată prin imagini administrate în stare de veghe a produs o creştere a rezistenţei la durere (în situaţii experimentale) asemănătoare cu cea indusă prin hipnoză, evidenţiindu-se aceleaşi reacţii la măsurătorile fiziologice concomitente. Experimentatorii susţin, pe baza unor date de acest tip, că noţiunile de transă şi hipnoză nu mai sunt necesare în explicarea hipersugestibilităţii şi performanţelor aşa-zisului „comportament hipnotic". Răspunsurile la sugestiile directe şi performanţele asociate în mod tradiţional cu termenul de hipnoză pot fi incluse în cadrul unui concept mai general, pe care autorii îl denumesc „motivaţia pentru îndeplinirea sarcinii" (Barber şi Calverley, 1962). Deci ceea ce se înţelege în mod tradiţional prin hipnoză nu constituie, conform acestei teorii, decât o manifestare mai accentuată a receptivităţii la sugestii.

O obiecţie la această interpretare ar putea-o reprezenta faptul că, în cazul în care, fără utilizarea unei inducţii hipnotice, se obţin fenomene asemănătoare cu cele hipnotice, aceasta nu înseamnă în mod obligatoriu că avem de-a face cu situaţii identice, motivarea pentru sarcină producând un comportament complezent care îl mimează pe cel hipnotic, dar nu se identifică cu acesta (Gheorghiu, 1977). De asemenea, este greu de presupus că o operaţie de chirurgie majoră ar putea fi realizată fără anestezice, doar creându-i pacientului motivaţii şi atitudini pozitive.

I) Teoria disocierii personalităţii şi teoria funcţionării diferenţiate a celor două emisfere cerebrale. În anul 1973, Hilgard se referea pentru prima oară la conceptul de „observator ascuns", discutând unele fenomene care se petrec în timpul hipnozei. Termenul a izvorât din interpretarea unor date experimentale referitoare la controlul durerii prin hipnoză, experimente în urma cărora a rezultat că, în timpul hipnozei, durerea dispare din punct de vedere subiectiv, dar componentele ei fiziologice persistă; în acelaşi timp, subiectul înregistrează durerea la nivelul de care este responsabil „observatorul ascuns" (subiectului aflat în hipnoză i se cere să introducă mâna în apă cu gheaţă şi să spună dacă simte sau nu durerea. Experimentatorul constată surprins că acesta relatează verbal că nu simte durerea, în timp ce, cu cealaltă mână, el scrie automat că o simte). O explicaţie posibilă pentru acest fenomen ar fi aceea a disocierii psihologice între diversele substructuri ale personalităţii. Strâns legată de ipoteza

disocierii psihice ar putea fi şi interpretarea care corelează fenomenele hipnotice existente cu cele două emisfere cerebrale.

În ultimii ani, hipnoza a fost definită şi ca o comutare la nivelul emisferelor cerebrale, ea constând în activarea emisferei drepte şi dezactivarea celei stângi. Această definire pare să aibă la bază argumente valide, deoarece se manifestă prin modificări ale percepţiei spaţiului şi timpului, ale proceselor cognitive (logică şi capacitate de testare a realităţii mai reduse, mai multă sugestibilitate, creativitate, toleranţă la ambiguitate), prezenţa altor forme de prelucrare a informaţiei (procesare simultană şi paralelă, în loc de procesare liniară), toate aceste fenomene fiind caracteristice funcţionării prioritare a emisferei cerebrale drepte.

Totuşi, deoarece localizarea cerebrală exactă a multor funcţii psihice este încă discutabilă, Uneståhl (1987) consideră că este prematur să definim hipnoza ca pe o comutare la nivel emisferic. Autorul citat propune, în schimb, utilizarea a două modalităţi distincte de funcţionare a conştiinţei: modul dominant (D) şi modul alternativ (A), acesta din urmă fiind responsabil de fenomene şi manifestări printre care se pot include şi cele de tip hipnotic (şi de care pare să fie mai curând responsabilă funcţionarea emisferei cerebrale drepte).

Fig. 2. Modurile conştiinţei (după Uneståhl, 1987)

Modul dominant (D)	*Modul alternativ (A)*
LOGICA	INSIGHT
Gândire analitică	Sinteză
Testarea realităţii	Automatism
Tactică, planificare	Sugestibilitate
Strategii	Sensibilitate
Evaluare	Intuiţie
Simţ critic	Evaluarea liberă a informaţiei
Analiza detaliilor	Feedback pozitiv
Instrucţiuni verbale	Apreciere globală
Controlul voluntar	Vizualizare
Gândirea evenimentelor trecute şi viitoare	Imagini kinestezice

Linearitate temporală	Controlul prin autoprogramarea scopurilor
Procese seriale	Trăire în prezent
Determinarea verbală a comenzilor	Procese cognitive paralele
Încercări	Înțelegere nonverbală
Eforturi	Metafore
	Modelare
Stare normală de conştiinţă	Stare alternativă de conştiinţă

Se constată că această interpretare plasează fenomenele hipnotice alături de cele de creaţie, intuiţie sau meditaţie. Yapko (1995) subliniază faptul că majoritatea teoriilor asupra hipnozei se referă doar la unele aspecte ale acesteia, fără a putea explica fenomenul în toată complexitatea sa. Cel mai bine conturate teorii sunt următoarele:

1. Hipnoza reprezintă un fenomen disociativ. Partizanii acesteia pornesc de la premisa că, în cadrul psihicului uman, funcţionează mai multe sisteme cognitive care în mod normal acţionează sinergic sub o comandă centrală. În timpul hipnozei, sistemele integrate se disociază unele de altele într-o măsură mai mare sau mai mică şi pot reacţiona în mod independent, furnizând răspunsuri pe mai multe niveluri la sugestiile hipnoterapeutului (Hilgard, 1977, 1979, 1986, 1991; Bowers şi Davidson, 1991; Evans, 1991).

2. Hipnoza reprezintă un fenomen regresiv, care presupune revenirea la modalităţi mai primitive de procesare cognitivă primară, concomitent cu accentuarea relaţiei transferenţiale faţă de hipnoterapeut, considerat drept o figură autoritară de tip arhetipal (figură parentală) (Nash, 1987; Fromm, 1992).

3. Hipnoza ca relaxare.

Relaxarea fizică şi cea psihică sunt considerate surse din care derivă fenomene cum ar fi regresia sau disocierea (Edmonston, 1977, 1981. 1991). Această teorie are la bază şi faptul că atât în relaxare, cât şi în hipnoză modelul undelor cerebrale este asemănător: unde alfa, de veghe relaxată.

4. Hipnoza ca fenomen sociocognitiv.

Autorii care susţin această teorie afirmă că hipnoza nu reprezintă un fenomen specific, ci depinde de contextul social în care se desfăşoară şi este definită ca atare de către participanţi (Kirsch, 1991; Spanos, 1991a, 1991b; Wagstaff, 1991).

5. Hipnoza ca o stare de pasivitate din partea subiectului.

Potrivit abordării tradiționale cu caracter autoritar, clientul era considerat un subiect pasiv care îi permite clinicianului să-i ghideze experiențele, fără a i se opune în niciun fel. Astfel, subiectul devine un fel de receptacul pasiv pentru sugestiile autoritare ale terapeutului. Incapacitatea clientului de a răspunde sugestiilor directe venite din partea terapeutului este considerată de aceşti autori ca fiind un semn de rezistență (Weitzenhoffer, 2000).

6. Hipnoza ca joc de rol.

Sarbin şi Coe (1972) şi Coe şi Sarbin (1991) abordează, la rândul lor, hipnoza dintr-o perspectivă sociocognitivă, considerând că hipnoza ca realitate distinctă nici nu există, fenomenul respectiv manifestându-se doar atunci când cineva este dispus să joace rolul de subiect hipnotizat, fără ca aceasta să presupună că el se află la alt nivel de conştiinţă. Mai precis, persoana se comportă aşa cum crede că ar trebui să se comporte un subiect hipnotizat, răspunzând la sugestiile hipnoterapeutului.

Această teorie are la bază cercetări asupra unor grupuri de subiecți dintre care unii au fost hipnotizați, iar alții au primit indicația să simuleze hipnoza. Comportamentul subiecților a fost evaluat de către experți în hipnoză care, de cele mai multe ori, nu i-au putut depista pe simulanți. Un contraargument împotriva acestei teorii ar putea fi acela că este greu de presupus că un simulant nu ar reacționa dacă ar fi supus unei intervenții chirurgicale sub hipnoză.

7. Hipnoza ca stare modificată de conştiinţă (Tart, 1969; Fromm, 1992).

Din această perspectivă, transa hipnotică este considerată drept o stare de conştiinţă modificată, diferită de cea de veghe (normală). Starea de transă este produsă în mod artificial prin intermediul procesului de inducție hipnotică ce modifică experiențele subiective ale clientului, datorită focalizării atenției produse în urma sugestiei. Această teorie a întrunit un număr mare de adepți pentru că este cunoscut faptul că, în hipnoză, oamenii pot realiza anumite lucruri pe care nu le pot face în stare de veghe.

8. Hipnoza ca proces de reducere a „testării realității".

Prin „testarea realității" se înțelege fenomenul de obținere a unor feedbackuri de la stimulii exteriori proveniți din mediu. În hipnoză, acest proces este mult diminuat datorită focalizării atenției asupra unui anumit stimul (intern sau extern); clientul, nemaifiind distras

de ambianţă, va putea să accepte o altă realitate subiectivă sugerată care, la rândul său, va determina reacţiile sale emoţionale şi comportamentale (Shor, 1959; Lynn şi Rhue, 1991).

9. Hipnoza ca fenomen de condiţionare.

Cuvintele şi gesturile reprezintă stimuli condiţionaţi, purtători ai unei anumite semnificaţii atribuite de subiect în funcţie de experienţele anterioare dobândite prin învăţare. Din acest motiv, în cadrul comunicării hipnotice eficiente, subiecţii interpretează şi reacţionează în modul lor personal la sugestiile terapeutului (Bandler şi Grinder, 1975; Grinder şi Bandler, 1976; Lankton, 1979).

10. Hipnoza din perspectivă interacţională.

În abordările tradiţionale, hipnoza era considerată o acţiune pe care hipnoterapeutul o întreprinde asupra pacientului, în timp ce, în abordarea permisivă ericksoniană, responsabilitatea fenomenului hipnotic se împarte între terapeut şi client, amândurora revenindu-le obligaţia să fie atenţi şi să coopereze unul cu celălalt. Terapeutul, pentru a avea succes, trebuie să fie receptiv la nevoile clientului, adaptându-şi demersurile în funcţie de acestea în aşa fel încât clientul să fie, la rândul său, receptiv faţă de posibilităţile de schimbare sugerate de terapeut. Privită în acest mod, hipnoza devine o relaţie de interdependenţă, în care fiecare dintre cei doi parteneri se lasă ghidat şi ghidează la rândul său (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976; Erickson şi Rossi, 1979; Zeig, 1991). Abordarea interacţională pune accent pe receptivitatea şi respectul pe care trebuie să îl acorde terapeutul clientului, pentru ca psihoterapia să fie încununată de succes. Desigur, pentru ca fenomenul hipnotic să se producă, nu este obligatoriu ca această condiţie să fie respectată, aşa cum se întâmplă în cazul hipnozei de estradă.

11. Hipnoza din perspectivă biologică.

Legătura strânsă dintre corp şi psihic, legătură foarte evidentă în cazul hipnozei, a condus la formularea teoriei biologice care caută să explice receptivitatea la hipnoză. Spiegel şi Spiegel (1987) sunt de părere că la baza fenomenului hipnotic stau relaţiile dintre cele două emisfere cerebrale. Rossi (1982, 1991) se referă la existenţa unui ciclu biologic natural în cadrul căruia alternează concentrarea atenţiei cu relaxarea acesteia, la fiecare 90 până la 150 de minute, pe o perioadă de 24 de ore. Acest ritm circadian de alternare a concentrării cu relaxarea atenţiei se află la baza fenomenului hipnotic. Watzlawick (1978) consideră că hipnoza reprezintă o consecinţă a asimetriei

cerebrale, în timpul transei activându-se emisfera cerebrală dreaptă, care este responsabilă de procesarea de tip global ce stă la baza unor manifestări cum ar fi creativitatea, intuiția, empatia, imaginația etc. În același timp, activitatea emisferei cerebrale stângi, responsabilă de activitatea rațională, este estompată.

Fenomenele ce pot fi induse în cursul hipnozei (Yapko, 1995), unele dintre ele cu caracter spectaculos sau cel puțin neobișnuit, își găsesc numeroase aplicații în utilizarea terapeutică a hipnozei. Enumerăm dintre acestea:

1. Regresia de vârstă

Acest fenomen implică utilizarea intensivă și experiențială a proceselor memoriei. Tehnica presupune fie sugerarea întoarcerii în timp și retrăirea unor experiențe trecute cu o intensitate atât de mare, încât acestea parcă se produc „aici și acum" („retrăire", „imersiune") fie, pur și simplu, sugestia administrată subiectului de a-și reaminti anumite experiențe și de a le prezenta cât mai în detaliu (hipermnezie). În cazul „retrăirii", subiectul este profund implicat emoțional în experiența respectivă, el simțindu-se ca și cum experiența s-ar produce atunci; în schimb, în cazul hipermneziei, el se află ancorat în prezent, în timp ce își aminteşte cu lux de amănunte o anumită situație (Edgette și Edgette, 1995).

Regresia de vârstă reprezintă o tehnică ce îi permite clientului să se întoarcă în timp, într-un trecut mai apropiat sau mai îndepărtat, pentru a accesa niște amintiri, uitate sau refulate, ale unor evenimente semnificative și pentru „a lucra" terapeutic asupra acestora în vederea obținerii unor noi concluzii (Weitzenhoffer, 1989; Spiegel, 1993).

Yapko (1995) afirmă că regresia de vârstă implică două tipuri de strategii. Prima strategie presupune utilizarea regresiei de vârstă pentru a dezgropa experiențele timpurii negative, cu caracter psihotraumatizant. Obiectivul acestei strategii constă în a-l ajuta pe client să se elibereze de stările emoționale negative asociate cu experiențele respective și să-și modifice atitudinea față de acestea, renunțând la modalitățile distructive de reacție care au efecte asupra existenței actuale. Acest obiectiv poate fi atins atât prin intermediul „retrăirii" („imersiunii"), cât și prin hipermnezie, terapeutul fiind cel care decide cât de adâncit în experiența respectivă sau cât de detașat trebuie să fie subiectul în cauză.

A doua strategie, care este compatibilă cu prima, constă în utilizarea regresiei de vârstă pentru a scoate la iveală resursele şi disponibilităţile latente ale subiectului, resurse care au fost utilizate în trecut şi care nu funcţionează în prezent, şi aceasta în dezavantajul clientului. De cele mai multe ori, oamenii dispun de resurse psihologice şi disponibilităţi latente de a căror existenţă nu sunt conştienţi, regresia de vârstă ajutându-i să le actualizeze. În felul acesta, clientul va redescoperi în trecutul său personal abilităţi şi experienţe care îl vor ajuta să facă faţă într-un mod mai eficient dificultăţilor existenţei (Lankton şi Lankton, 1983; Edelstein, 1986).

Orice model de comunicare care îl ajută pe client să se întoarcă în trecut poate fi utilizat pentru obţinerea regresiei de vârstă. Clientul va fi ghidat să-şi utilizeze imaginaţia pentru a accesa experienţele trecute. Se pot utiliza imagini sugestive ale unor „vehicule" ale întoarcerii în timp (tren, avion, vapor, „maşina timpului") cu ajutorul cărora subiectul se va deplasa către perioada dorită. Aceste „vehicule" reprezintă modalităţi artificiale, concrete şi contextuale, menite să restructureze experienţa clientului; pentru ca tehnica să funcţioneze este necesară furnizarea unui număr cât mai mare de detalii (*Îţi imaginezi că te urci într-un avion care te întoarce în timp, te întoarce tot mai mult în timp... până la vârsta de X ani*).

Regresia de vârstă se poate realiza şi indirect, prin intermediul unor întrebări care îl orientează pe client în direcţia unor experienţe trecute (*Poţi să-ţi aminteşti cât de bine te-ai simţit când ai reuşit la examenul de admitere la liceu?*). Astfel, clientul va declanşa nişte procese de căutare interioară, pentru a-şi aminti acele evenimente care îi servesc pentru a furniza răspunsurile aşteptate de către terapeut. O astfel de căutare interioară poate începe prin evocarea în plan cognitiv a unor amintiri, după care întrebări formulate cu abilitate îl vor ghida pe client să se scufunde în situaţia evocată şi s-o retrăiască plenar, ca şi cum ar fi actuală. Pentru a conferi regresiei de vârstă un caracter mai puţin ameninţător, clinicianul o poate facilita descriind experienţe trecute personale sau aparţinându-le altor persoane.

Alte tehnici de inducere a regresiei de vârstă (Yapko, 1995):

— prin realizarea unor punţi afective sau psihosomatice, prin intermediul cărora stările emoţionale sau conştientizările actuale sunt conectate cu perioada când aceste stări afective sau conştientizări au apărut pentru prima oară (*Pe măsură ce continui să fii conştient de*

acest sentiment uitat pe care l-ai descris, te întorci în timp şi îţi aminteşti de perioada când el a apărut pentru prima oară...);

— prin dezorientarea temporală în cadrul căreia se administrează sugestii cu caracter confuz care au menirea de a-l reorienta pe client dinspre etapa „acum" către „atunci";

— prin alternarea progresiei cu regresia de vârstă, în cadrul căreia clientul este la început orientat spre viitor, unde îşi va aminti cele petrecute în trecut. Această tehnică este menită să-i creeze clientului o mai mare detaşare faţă de experienţele trecute traumatizante (*Te afli undeva în viitor şi de acolo îţi priveşti cu alţi ochi şi îţi analizezi trecutul...*) (Erickson, 1954; Watkins, 1971; Gilligan, 1987; Hammond, 1990).

2. Progresia de vârstă

Aceasta presupune sugerarea faptului că subiectul se proiectează în viitor unde îşi imaginează consecinţele schimbărilor produse, integrează noile semnificaţii descoperite la niveluri mai profunde, de unde îşi poate reconsidera existenţa dintr-o nouă perspectivă.

Progresia de vârstă poate fi utilizată în două moduri:

— pentru a verifica efectele intervenţiei terapeutice, respectiv în ce măsură acestea sunt de durată şi au produs o modificare în stilul de viaţă al clientului (Erickson, 1954; Havens, 1986; Philips şi Frederick, 1992);

— ca intervenţie psihoterapeutică directă (de pildă, un pacient cu fobie de câini îşi poate imagina, după aplicarea unei tehnici de desensibilizare, că se confruntă cu animalul respectiv fără a simţi anxietate).

La fel ca în cazul regresiei de vârstă, progresia se poate realiza prin metode directe (sugerarea faptului că utilizează un vehicul spaţial pentru a se deplasa în viitor, că vizionează un film sau citeşte o carte în care se vorbeşte despre ceea ce se petrece în viitor) sau indirecte.

Metodele directe utilizează:

- metafore: „Aş dori să-ţi povestesc despre o clientă care şi-a imaginat cum va arăta peste trei luni de la şedinţele în care am făcut exact ce facem noi acum, şi atunci când s-a proiectat în viitor ea a descoperit că...";
- sugestii intercorelate: „Mi-ar plăcea să mă uit în jur şi să mă întreb ce se va întâmpla în viitor atunci când tu vei fi în

stare să privești în urmă și să apreciezi schimbările pozitive pe care le-ai realizat...";

- sugestii administrate sub forma unor supoziții: „Mă întreb unde te vei afla și cu ce te vei ocupa atunci când vei constata cu plăcere că nu ai mai fumat de mult timp...";
- întrebări sugestive intercorelate: „Poți să-mi spui cum le vei descrie prietenilor tăi modul în care ți-ai rezolvat problema?"

Aceste abordări demonstrează modalitatea în care clientul este ghidat pentru a-şi construi un montaj mental care să conţină expectaţii pozitive pentru viitor (de Shazer, 1978; Lazarus, 1984; Yapko, 1988, 1992; Hammond, 1990; Torem, 1992).

3. Amnezia

Această tehnică presupune sugerarea faptului că subiectul aflat în hipnoză va uita la nivel conştient anumite instrucţiuni sau experienţe trăite. Sugerarea uitării în plan conştient va permite mentalului inconştient să utilizeze în mod creativ experienţa hipnotică, realizând ceea ce această instanţă trebuie să facă. Amnezia poate fi utilizată şi pentru a alunga din conştiinţă amintirile dureroase.

Yapko (1995) este de părere că, în astfel de situaţii, amnezia nu trebuie sugerată decât după ce s-a realizat o anumită procesare terapeutică (catharsis) asupra respectivelor amintiri. Amnezia nu apare în mod automat după orice transă hipnotică, aşa cum se crede în mod obişnuit; clientul care este motivat să-şi amintească anumite experienţe sau sugestii administrate o va putea face (Erickson şi Rossi, 1974; Zeig, 1985).

Comparativ cu alte fenomene hipnotice, amnezia poate fi obţinută mai greu prin intermediul unor sugestii directe, pentru că sugerarea faptului că subiectul va uita tot ce s-a petrecut în cursul şedinţei de hipnoză poate „suna" ameninţător. În cazul în care se adoptă o strategie directă, este indicat ca modul de construire a sugestiilor să fie mai puţin ameninţător. Abordările indirecte pot îmbrăca o varietate de forme, dintre care amintim sugestiile indirecte ca atare, comutarea atenţiei şi confuzia (Hilgard, 1968; Cooper, 1979; Zeig, 1985; Evans, 1986).

4. Analgezia şi anestezia

Analgezia şi anestezia se situează pe un continuum care presupune diminuarea sensibilităţii corporale dureroase. Analgezia

presupune sugerarea reducerii durerii în condiţiile perpetuării unor senzaţii asociate (temperatură, presiune, senzaţii legate de poziţia diverselor părţi ale corpului etc.), fapt ce menţine orientarea subiectului în raport cu corpul propriu. Anestezia presupune eliminarea completă sau aproape completă a sensibilităţii din tot corpul sau dintr-o zonă a acestuia.

Capacitatea de a reduce durerea în limite suportabile reprezintă o particularitate a fiinţei umane şi este considerată una dintre cele mai importante aplicaţii ale hipnozei clinice. Yapko (1995) este de părere că pacienţii care au dureri sunt persoane cu care este în acelaşi timp foarte uşor de lucrat, pentru că sunt puternic motivate să fie ajutate, şi subiecţi foarte dificili, pentru că durerea le-a afectat toate sectoarele existenţei. Terapeutul care abordează o astfel de cazuistică trebuie să dea dovadă de foarte multă sensibilitate, pentru că durerea presupune totodată anxietate, depresie, sentimente de neajutorare, dependenţă crescută, precum şi restrângerea contactelor sociale. Chiar şi durerea care prezintă cauze organice bine precizate are componente psihologice ce ţin de modul în care o trăieşte subiectul în cauză şi de consecinţele acesteia. Hipnoza acţionează mai ales asupra componentelor psihologice ale durerii (teamă, anxietate, sentimente de neajutorare, precum şi expectaţiile negative ale subiectului), dar şi asupra componentelor fiziologice ale acesteia.

Utilizarea hipnozei în combaterea durerii este importantă din următoarele motive:

— hipnoza contribuie la creşterea autocontrolului subiectului, diminuând sentimentele de neajutorare;

— cu ajutorul hipnozei se poate reduce sau chiar elimina medicaţia analgezică, medicaţie care are o serie de efecte secundare şi care produce dependenţă. Hipnoza nu are efecte secundare şi nici nu creează dependenţă. Reducerea durerii cu ajutorul hipnozei se realizează la diverşi subiecţi în grade diferite, dar, indiferent de nivelul acestei reduceri, ea are loc pe căi naturale;

— hipnoza contribuie la funcţionarea subiectului la un nivel mai subtil, punând în acţiune şi disponibilităţile latente de vindecare;

— expectaţiile de bună stare psihică, senzaţia de confort, precum şi reducerea anxietăţii reprezintă, la rândul lor, factori care facilitează procesul de vindecare sau măcar întârzie degradarea fizică şi psihică a subiectului (Crasilneck şi Hall, 1985; Brown şi Fromm, 1986, 1987; Chaves, 1989, 1993).

În unele cazuri, analgezia se produce spontan în timpul hipnozei, deoarece clientul este profund absorbit de experienţele pe care le trăieşte. Asociată cu catalepsia (inhibiţia mişcărilor voluntare), analgezia caracterizează într-o oarecare măsură persoana hipnotizată, care este mai puţin conştientă de corpul său. Se poate spune că orice metodă care presupune comutarea atenţiei de la senzaţiile corporale are efecte analgezice indirecte. Clientul poate fi învăţat prin exersare să-şi distragă atenţia de la stimulul dureros şi să se concentreze asupra unor gânduri pozitive, imagini sau amintiri plăcute, stări afective benefice etc.

Abordarea directă a analgeziei implică sugestii directe de reducere sau dispariţie a sensibilităţii într-o anumită zonă a corpului. Una dintre tehnicile mai frecvent utilizate este cea a anesteziei „în mănuşă": subiectului i se sugerează anestezia la nivelul unei mâini (de regulă cea dominantă), apoi „senzaţia" este transferată în oricare altă parte a corpului. Analgezia se poate realiza şi prin sugerarea disocierii între corp şi psihic, fiecare componentă desfăşurându-şi existenţa în alt plan. Alte modalităţi de inducere a analgeziei:

— sugerarea amneziei faţă de perioadele dureroase. Se utilizează mai ales în cazul în care subiectul trebuie să urmeze proceduri medicale dureroase şi repetate;

— sugerarea reducerii gradate a durerii, care descreşte treptat, la anumite intervale de timp;

— pseudoorientarea în timp, prin care clientul este proiectat în viitor (progresie de vârstă) într-o perioadă în care procesul patologic s-a încheiat;

— regresia de vârstă într-o perioadă anterioară apariţiei durerii (Erickson, 1966; Barber, 1977; Barber şi Adrian, 1982; Erickson, 1983; Hammond, 1990; Hilgard şi Hilgard, 1994).

5. Catalepsia

Catalepsia este definită ca o inhibiţie a mişcărilor voluntare, asociată cu o concentrare intensă a atenţiei asupra unui stimul specific. Cu cât clientul este mai concentrat asupra sugestiilor administrate de terapeut, cu atât el va manifesta o reacţie de tip cataleptic mai amplă. Reacţia cataleptică include: fixitatea privirii, imobilitatea posturală, iar pentru subiecţii aflaţi în hipnoză profundă, „flexibilitatea ceroasă" (se poate imprima membrelor orice poziţie pe care o stabileşte terapeutul), asociată cu un comportament catatonic

(subiectul menţine un timp îndelungat poziţii incomode ale membrelor), rigiditatea musculară, mişcările involuntare, precum şi încetinirea unor procese psihofiziologice cum ar fi ritmul respirator, cardiac, reflexele de clipit sau înghiţit.

Simptomele catalepsiei pot constitui indicatori ai prezenţei unei transe profunde, dar pot fi induse şi în mod deliberat, din raţiuni terapeutice. Catalepsia reprezintă un fenomen specific pentru hipnoză, fenomen care se asociază direct sau indirect cu orice manifestare de tip hipnotic. Catalepsia este rezultatul focalizării atenţiei asupra unei realităţi diferite, care îndepărtează subiectul de realitatea concretă, făcând posibilă apariţia unor fenomene cum ar fi: regresia de vârstă, analgezia, distorsionările senzoriale etc. Catalepsia poate fi indusă direct în scopuri terapeutice (de pildă, pentru persoanele la care este necesară limitarea mişcărilor pentru o recuperare motorie mai rapidă) sau poate avea ca obiectiv facilitarea demersului hipnoterapeutic general (prin focalizarea accentuată a atenţiei asupra unui stimul este stimulată activitatea independentă a instanţelor psihice de natură inconştientă). Orice stimul care captează puternic atenţia clientului poate facilita apariţia unui răspuns de tip cataleptic: o povestire captivantă, surpriza, şocul sau confuzia (Rossi, 1973; Bloom, 1990). Sugerarea catalepsiei poate avea loc direct sau indirect, prin sugestii verbale sau nonverbale. Metodele verbale constau din administrarea unor sugestii de relaxare şi imobilitate posturală, în timp ce o tehnică nonverbală ar putea fi cea a modelării, prin intermediul căreia terapeutul trece treptat de la o comunicare animată, bazată pe rutine conversaţionale, la o stare de relaxare şi imobilitate, inducându-i clientului starea de transă (Erickson, 1983, 1985; Gilligan, 1987).

6. Disocierea

Disocierea este definită drept capacitatea de a descompune experienţa psihologică în părţile sale componente, amplificând conştientizarea uneia dintre experienţe, concomitent cu diminuarea conştientizării altei experienţe. Din păcate, majoritatea clinicienilor nu cunosc decât aspectele patologice ale fenomenelor disociative, ignorându-le pe cele normale care au aplicaţii în hipnoterapie. În cadrul disocierii realizate prin intermediul hipnoterapiei, mentalul conştient va fi ocupat de un stimul anume, asupra căruia s-a concentrat atenţia subiectului, în timp ce mentalul inconştient va fi liber să desfăşoare activităţile pe care le crede de cuviinţă. Cu cât starea

hipnotică este mai profundă, cu atât gradul de disociere este mai mare şi cu atât subiectul va avea mai multe posibilităţi de procesare la nivel inconştient, generând răspunsuri automate, spontane: se pot actualiza amintiri uitate, se poate produce levitaţia unui braţ, subiectul poate rămâne într-o poziţie imobilă (Hilgard, 1986; Cardena şi Spiegel, 1991; Spiegel, 1993).

Sugestiile de disociere propun mentalului conştient să se concentreze asupra unui stimul, în timp ce mentalul inconştient este încurajat să realizeze altceva şi să acumuleze experienţe, făcând abstracţie de conştiinţă. Sugestiile directe de disociere îi permit clientului să descopere că este probabil să trăiască simultan experienţe care se desfăşoară la mai multe niveluri şi că aceste experienţe au un caracter spontan şi automat. În mod indirect, disocierea se produce prin sugerarea oricărui fenomen hipnotic, ea putând fi indusă prin intermediul metaforelor, confuziei sau prin orice tip de alte sugestii cu caracter indirect.

7. Halucinaţiile şi modificările senzoriale

Halucinaţiile sunt percepţii fără obiect, care pot să apară şi la subiecţi normali, în urma inducţiei hipnotice. Acestea pot să fie pozitive, când subiectul percepe un obiect sau o persoană care nu este prezentă, şi negative, situaţie în care un obiect prezent nu este perceput ca atare. Prin sugerarea unor halucinaţii, terapeutul modifică parametrii conştientizării senzoriale, situaţie în care clientul va percepe lumea într-un mod diferit, facilitând activarea unor resurse interioare cu caracter adaptativ. În timpul inducţiei hipnotice, halucinaţiile pot să apară şi spontan. De regulă, sugerarea unei halucinaţii se realizează prin intermediul unor sugestii directe.

8. Reacţiile ideodinamice

Acestea reprezintă răspunsuri automate care se pot declanşa la nivel motor, senzorial şi afectiv (termenul de ideodinamic provine de la transformarea unei „idei" într-o acţiune; în mod concret avem de-a face cu reacţii ideomotorii, ideosenzoriale şi ideoafective). Aceste reacţii sunt declanşate de instanţele de natură inconştientă, ca răspuns la stimuli interni sau externi.

Inducţia hipnotică

Yapko (1995) stabileşte o serie de indicaţii pentru realizarea unei comunicări hipnotice eficiente, dintre care le vom cita pe următoarele:

1. Sugestiile terapeutice trebuie să fie simple şi uşor de înţeles.

Cu excepţia celor construite special pentru a produce confuzie, sugestiile clare şi simple îi permit clientului să se lase „dus" de hipnoză fără a analiza, a interpreta sau a critica la nivel conştient ceea ce se petrece. Cu cât sugestiile sunt mai complicate, cu atât clientul trebuie să facă apel la mentalul conştient pentru a le înţelege, şi cu cât nivelul conştient este mai activ, cu atât este mai limitat accesul la zonele inconştiente, ceea ce nu este în avantajul hipnozei.

2. Demersul hipnotic este mai eficient dacă se utilizează limbajul clientului.

Cuvintele reflectă stări psihice cu caracter subiectiv şi, din acest motiv, chiar dacă mai mulţi oameni utilizează aceleaşi cuvinte, nu înseamnă că trăiesc aceleaşi experienţe. În cazul în care terapeutul va „traduce" spusele clientului în limbajul său propriu şi apoi va comunica prin intermediul acestuia, va genera, aproape sigur, lipsa de înţelegere între cei implicaţi în demersul terapeutic.

3. Terapeutul trebuie să-i solicite clientul să-şi exprime trăirile în termeni experienţiali.

Este important cu pacientul să-şi descrie cu lux de amănunte experienţele, pentru că, recurgând la câteva cuvinte simple, nu poate furniza suficiente informaţii în legătură cu ceea ce simte. Cu cât descrierea acestora este mai detaliată, cu atât terapeutul are mai multe şanse de a realiza o intervenţie adecvată.

4. Construirea sugestiilor utilizând predominant timpul prezent şi într-un mod pozitiv.

În general, sugestiile trebuie să fie exprimate la timpul prezent şi să se refere la ceea ce simte persoana. În structurarea sugestiilor hipnotice, trebuie să se realizeze conexiunea dintre ceea ce se petrece „aici şi acum" cu ceea ce se aşteaptă în viitor, ca în exemplul de mai jos:

Pe măsură ce trăieşti starea X, vei începe să realizezi comportamentul (să simţi starea Y).

Terapeutul va căuta să obţină cât mai multe informaţii referitoare la starea actuală a clientului său, pentru a realiza cât mai bine conexiunile cu starea care se doreşte în viitor. Subliniem, de asemenea,

necesitatea de a formula sugestiile în termenii gândirii pozitive, acestea trebuind să sugereze ce anume poate să facă persoana, şi nu ceea ce nu poate (Grinder şi Bandler, 1981; Hammond, 1990).

5. Clientul trebuie încurajat şi susţinut prin întăriri pozitive.

Aceste feedbackuri pozitive au menirea de a conduce clientul în aşa fel încât acesta să conştientizeze forţa şi resursele sale interne latente, pe care le-a ignorat până atunci (Erickson şi Rossi, 1979; Hammond, 1990). Astfel, clientul va trebui să-şi asume responsabilitatea propriilor trăiri şi să-şi dea seama că are puterea să controleze, dacă nu evenimentele existenţei, măcar reacţiile sale faţă de acestea.

6. Comunicarea terapeutică trebuie să utilizeze modalitatea senzorială dominantă a clientului.

Aşa cum subliniază Bandler şi Grinder (1979), iniţiatorii programării neurolingvistice, oamenii culeg, stochează şi procesează informaţia în acord cu stilul lor personal, care presupune operarea într-o modalitate senzorială dominantă: vizuală, auditivă sau kinestezică. În cazul în care terapeutul va identifica modalitatea senzorială favorită a clientului, el va trebui să adapteze comunicarea şi să utilizeze respectiva modalitate senzorială, făcându-se astfel mai bine înţeles şi acceptat de către pacient. Informaţiile referitoare la modalitatea senzorială preferată pot fi obţinute prin observarea atentă a modului în care se exprimă clientul, mai ales a predicatelor pe care acesta le foloseşte. Astfel, dacă terapeutul doreşte să orienteze clientul în direcţia vizuală, el va trebui să utilizeze o terminologie în care să fie prezenţi termeni care se referă la experienţe vizuale.

Imaginează-ţi că te afli la mare, pe plajă... caută să vezi cât mai clar marea, valurile, linia orizontului, siluetele îndepărtate ale vapoarelor... admiri imaginea razelor de soare care se reflectă în apa mării... vezi nisipul galben, oamenii care se relaxează în vacanţă... cerul albastru, cu nori albi...

În cazul în care terapeutul doreşte să sugereze o experienţă auditivă, el poate transmite următorul mesaj:

Eu nu ştiu ce îţi spui atunci când vorbeşti cu tine însuţi prin intermediul gândurilor tale..., dar acest dialog interior joacă un rol însemnat în ghidarea experienţelor tale... şi ar fi foarte bine dacă te-aş auzi spunându-ţi în gând lucruri bune, care să te facă să ai mai multă încredere în tine...

Modalitatea kinestezică se referă atât la stări afective, cât şi la senzaţii kinestezice:

Atunci când îţi aminteşti de o experienţă plăcută, retrăieşti sentimentul minunat de a fi iubită... simţi aprecierea din partea prietenului tău... şi sentimentul este atât de puternic, încât parcă prinde contur, parcă îl poţi atinge... şi această experienţă emoţională plenară va fi mereu prezentă în tine şi îţi va da forţă pentru întreaga viaţă.

Yapko (1995, p. 86) este de părere că, în măsura în care terapeutul focalizează atenţia clienţilor asupra unor aspecte pe care aceştia nu le remarcă în mod obişnuit, demersul psihoterapeutic va fi mai bine apreciat de aceştia.

7. Clientului i se vor furniza doar acele informaţii care sunt absolut necesare.

Terapeutul va trebui să informeze clientul în legătură cu ceea ce se va petrece în cursul şedinţei de hipnoză, evitând însă să-i explice în detaliu aspectele referitoare la tehnica pe care o va utiliza, pentru a-l împiedica să dezvolte rezistenţe pe baza analizării şi criticării tehnicii aplicate. Mai mult, o tehnică sugestivă deconspirată nu va mai funcţiona ca atare.

8. Pacientului trebuie să i se acorde un timp suficient pentru a reacţiona.

Oamenii sunt în general tentaţi să aprecieze desfăşurarea evenimentelor conform ritmului lor propriu. În hipnoză, dacă terapeutul procedează astfel, comunicarea cu pacientul va putea fi periclitată. De aceea, nu trebuie să-l oblige pe client să reacţioneze atunci când crede el că ar fi necesar, lăsându-l să reacţioneze în ritmul său personal.

9. Terapeutul trebuie să solicite permisiunea clientului dacă doreşte să-l atingă.

Atingerea reprezintă un gest de intimitate, o intruziune în lumea personală a clientului, iar acesta o poate percepe ca pe o violare a teritoriului său, mai ales dacă a avut experienţe negative legate de atingere. Un alt motiv pentru care nu este indicat ca terapeutul să-l atingă pe pacient fără permisiune îl constituie faptul că subiectul aflat în transă are atenţia orientată spre interior, iar o atingere neaşteptată l-ar reorienta spre lumea exterioară.

10. Administrarea unor mesaje anticipatorii.

Acestea reprezintă afirmaţii prin intermediul cărora terapeutul îl informează pe client în legătură cu intenţiile sale, pentru ca pacientul să nu fie luat prin surprindere. Astfel, pacientul se va simţi în siguranţă şi nu va fi nevoit să acorde atenţie tuturor acţiunilor terapeutului,

o asemenea analiză conştientă fiind în detrimentul hipnozei. Mesajele anticipatorii reprezintă formulări simple în legătură cu ceea ce urmează să se petreacă: „Curând eu voi..." Aceste mesaje sunt necesare deoarece este foarte dificil pentru un subiect hipnotizat să fie în acelaşi timp în stare de alertă şi relaxat.

11. Tonul şi ritmul vocii terapeutului trebuie să fie în concordanţă cu intenţiile sale.

O voce tensionată este improprie pentru a sugera o stare de relaxare. O altă incongruenţă ar consta în inducerea hipnozei pe un ton de conversaţie. Cele mai bune rezultate se obţin dacă vocea hipnoterapeutului este caldă, blândă, cu modulaţii adecvate în funcţie de sugestiile administrate.

12. Realizarea unor conexiuni între sugestii.

Bandler şi Grinder (1979) se referă la acţiunile de „pacing" (intrarea terapeutului în rezonanţă cu clientul) şi „leading" (ghidarea acestuia în direcţia dorită). Erickson şi Rossi (1979) subliniază importanţa acceptării şi utilizării a tot ceea ce face subiectul în timpul hipnozei. Yapko (1995) vorbeşte de procedeul de conectare a sugestiilor (lanţuri de sugestii), prin intermediul căruia terapeutul va stabili o punte de legătură între ceea ce face subiectul şi ceea ce se doreşte ca el să facă, după modelul: „Pe măsură ce realizezi X, vei experimenta starea Y" (*Faptul că stai relaxat pe fotoliu şi asculţi vorbele mele îţi va permite să-ţi simţi braţul drept tot mai greu, din ce în ce mai greu*). Aceste conexiuni asigură continuitatea demersului hipnotic. Hammond (1990) şi O'Hanlon (1995) afirmă că exprimarea din cadrul procedurilor de inducţie hipnotică reprezintă „un coşmar" pentru filologi, în timp ce pentru subiectul aflat într-o stare modificată de conştiinţă este foarte uşor de urmărit.

13. Sugestiile cu caracter mai general sunt mai eficiente decât cele foarte precise.

Astfel, este mai probabil ca un subiect să reziste unei sugestii de tipul „braţul tău drept devine tot mai cald" decât unei sugestii mai vagi, cum ar fi: „Observă ce modificare de temperatură apare într-unul din braţele tale".

Inducţia hipnotică reprezintă procedeul prin care se realizează transa hipnotică. Aceasta presupune concentrarea asupra unui obiect de dimensiuni mici, de regulă strălucitor, asupra unei anumite zone a corpului (de exemplu, punctul dintre sprâncene), asociată cu

administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă.

Hartland (1971) distinge trei faze ale inducţiei hipnotice: faza de pregătire, inducţia hipnotică propriu-zisă şi faza de adâncire a transei.

În faza de pregătire a inducţiei hipnotice, terapeutul trebuie să-i explice subiectului în ce constă hipnoza, ce se aşteaptă de la el şi ce efecte poate avea aplicarea acestei tehnici. Se insistă mai ales asupra avantajelor pe care le are hipnoza în eliminarea unor simptome de care subiectul vrea să scape. Este necesar ca terapeutul să-l asigure pe pacient că nu are de ce să-i fie frică şi că va trăi experienţe agreabile. Subiecţii anxioşi trebuie interogaţi de către terapeut asupra fricii lor şi încurajaţi s-o depăşească. De exemplu, în cazul unui subiect care se teme că ar putea fi manipulat de terapeut, este necesar să i se explice că el nu-şi va pierde starea de conştienţă şi că, dacă doreşte, va putea ieşi oricând din transa hipnotică. În această fază de pregătire i se cere pacientului să fie cât mai pasiv şi să nu încerce să-l ajute sau să se opună terapeutului. Se precizează că este interesul lui să beneficieze de avantajele hipnozei şi că, dacă nu vrea să fie hipnotizat, ar fi mult mai bine să i se adreseze altui specialist. În continuare, i se dă subiectului indicaţia de a nu-şi analiza starea, de a nu încerca să afle ce e cu el. El trebuie doar să respecte instrucţiunile terapeutului.

Faza de inducţie hipnotică propriu-zisă cuprinde comportamentele impuse de terapeut subiectului, la care se adaugă ceea ce spune şi face terapeutul. Inducţia hipnotică presupune distragerea de la stimulii perturbatori externi, concentrarea asupra unui subiect de dimensiuni mici şi asupra spuselor terapeutului, sugerarea relaxării şi somnolenţei, stimularea jocului liber şi a imaginaţiei.

După Kubie şi Margolin (citaţi în Hartland, 1971), inducţia hipnotică ar avea trei componente: sugerarea imobilităţii, fixarea privirii şi administrarea de stimuli monotoni.

După Gill şi Brenman (1947), în astfel de situaţii terapeutul:

1) contribuie la sărăcirea stimulărilor senzoriale ale subiectului prin limitarea mişcărilor corporale;

2) încearcă să altereze imaginea rezultată ca urmare a conştientizării corporale a subiectului;

3) sugerează un fel de proces de disociere, focalizând atenţia subiectului asupra mişcărilor proprii, astfel încât unele mişcări care, de regulă, se produc în mod involuntar, devin voluntare;

4) sparge tiparul relaţiilor adaptative normale ale subiectului, creând un fel de atmosferă magică.

În inducţia hipnotică, terapeutul are la dispoziţie două strategii speciale: o strategie de privare senzorială şi o strategie care dezvoltă un tip de relaţie interumană specifică între terapeut şi pacient, relaţie cu un profund conţinut transferenţial.

Sugestibilitatea şi comunicarea hipnotică eficientă

Specialiştii în psihologie socială, dar şi practica evidenţiază faptul că modul de a reacţiona al unui individ se modifică datorită influenţei altui individ, adesea într-un mod sistematic şi predictibil (Cialdini, 1985; Sherman, 1988).

Reclama utilizează multe tehnici bazate pe sugestie pentru a determina pe cineva să cumpere un anumit produs. Tendinţa şi deprinderea de a cumpăra sunt întărite pentru că în cadrul reclamei se spune cât de inteligenţi, frumoşi, masculini, atrăgători etc. sunt cei care utilizează produsul X şi, în acelaşi timp, li se promite clienţilor un anumit grad de recunoaştere şi apreciere în plan social.

Yapko (1995, p. 38) defineşte sugestibilitatea în sens larg ca reprezentând deschiderea de a accepta şi de a răspunde la idei şi informaţii noi. Odată acceptată, noua informaţie va putea, în funcţie de valoarea sa subiectivă, să modifice experienţele interioare ale persoanei într-o măsură mai mare sau mai mică. Pacientul receptiv la psihoterapie este sugestibil pentru că doreşte să-şi însuşească informaţii şi experienţe noi care să-l ajute să se elibereze de problemele sale. Majoritatea indivizilor nu sunt însă total necritici la acceptarea noilor informaţii, gradul lor de sugestibilitate fiind diferit. Yapko realizează o diferenţiere între sugestibilitate şi credulitate, subliniind faptul că hipnoza nu îi face pe oameni creduli şi lipsiţi de simţ critic.

Influenţa sugestivă care se manifestă în domeniul psihoterapiei în general şi al hipnozei în mod special ţine şi de figura psihoterapeutului care este o persoană investită cu autoritate, pregătită să realizeze diagnoza şi intervenţia psihologică. Forţa terapeutului nu ţine atât de personalitatea acestuia, cât mai ales de atitudinea pacientului faţă de el (Diamond, 1984; Barber, 1991; Strauss, 1993). Yapko subliniază faptul că există mai multe forme de putere: coercitivă

(rezultată din capacitatea de a administra sancţiuni), bazată pe recompense (materiale şi psihologice), legitimă (rezultată din poziţia socială ocupată), derivată din calitatea de expert (bazată pe deţinerea unor cunoştinţe într-un domeniu) şi charismatică (ţinând de particularităţi ale personalităţii cum ar fi amabilitatea, căldura afectivă, abilităţi empatice etc.). Toate aceste tipuri de putere (poate într-o măsură mai redusă prima) interacţionează în cadrul demersului psihoterapeutic. Ţinând seama de aceste aspecte, psihoterapeutul va trebui să-şi utilizeze puterea în mod nuanţat şi dând dovadă de respect pentru pacientul său (Aronson, 1992; Frauman, Lynn şi Brentar, 1993).

Relaţia hipnotică are la bază şi alte trebuinţe umane, cum ar fi cele de acceptare şi de apartenenţă. Majoritatea pacienţilor care solicită ajutor psihologic se întreabă dacă, dezvăluindu-şi temerile, îndoielile şi imperfecţiunile, ei vor fi acceptaţi şi agreaţi sau respinşi şi criticaţi de către terapeut. Pentru a-şi satisface trebuinţele de acceptare şi apartenenţă, pacienţii caută să-i facă pe plac terapeutului (comportamentele îmbracă o arie foarte largă, de la obţinerea unor bune rezultate în cadrul terapiei şi până la oferirea unor mici cadouri) şi se conformează sistemului de valori şi stilului acestuia. De aceea, acordarea de recompense psihologice reprezintă un puternic instrument care sporeşte eficienţa psihoterapiei.

Un alt element care influenţează relaţia terapeut–client în cadrul hipnoterapiei îl reprezintă expectaţiile celor implicaţi în relaţie. Poate că cel mai sugestiv termen pentru a descrie acest fenomen este cel de „profeţie autoîmplinită" care postulează faptul că noi aşteptăm ca un anumit lucru să se întâmple şi ceea ce aşteptăm să nu se întâmple nu se va întâmpla, pentru că noi ne armonizăm în mod inconştient comportamentul cu expectaţiile. Astfel, ideile, atitudinile şi opiniile unei persoane în legătură cu activităţile sale viitoare îi vor conduce experienţele prezente în direcţia respectivă. Cu cât persoana investeşte emoţional mai mult în acele expectaţii, cu atât ea va fi mai puţin înclinată să trăiască experienţe subiective care să le contrazică (Zeig şi Rennick, 1991; Torem, 1992; Coe, 1993).

Un alt element care trebuie avut în vedere atunci când vorbim despre sugestibilitatea umană se referă la nevoia de consecvenţă internă şi de armonizare psihică. Oamenii au tendinţa fie de a omite informaţiile cu caracter contradictoriu, fie de a le reajusta până când se potrivesc unele cu altele. De asemenea, atunci când se simt

nesiguri din cauza noutăţii sau ambiguităţii situaţiilor, subiecţii li se vor adresa altora pentru a obţine clarificări şi cu cât explicaţiile se potrivesc mai mult cu propriile lor expectaţii, cu atât ele vor fi acceptate mai uşor şi la un nivel mai profund. Nevoia de a reduce disonanţa cognitivă (Festinger, 1957) poate să determine pe cineva să afirme că a obţinut beneficii de pe urma unui serviciu medical sau psihologic pe care l-a plătit. Cei care au investit bani, speranţe şi timp într-o anumită activitate doresc cu disperare ca aceasta să aibă un rezultat cât de mic, pentru a-şi justifica respectiva investiţie. Problematica disonanţei cognitive şi a expectaţiilor trebuie avută în vedere şi atunci când clientul aflat la psihoterapie se consideră un caz lipsit de speranţă şi se „străduieşte" să demonstreze acest lucru chiar în dezavantajul său, devenind un pacient permanent al cabinetelor de psihoterapie, care nu poate fi ajutat de nimeni.

Nu există reguli precise pentru a realiza o comunicare psihoterapeutică eficientă. Ceea ce i se potriveşte unui client poate să nu se potrivească altuia. Unii pacienţi doresc să li se spună exact ce au de făcut, în timp ce alţii preferă să li se dea o indicaţie cu caracter general şi să fie lăsaţi să se descurce singuri. De asemenea, la unii pacienţi cresc expectaţiile dacă sunt supuşi unor încercări pentru a-şi atinge obiectivele (se află, de pildă, pe lista de aşteptare), în timp ce alţii resping confruntarea cu cel mai mic obstacol.

Există pacienţi care au nevoie de dovezi obiective pentru orice demers la care sunt supuşi; unii sunt suspicioşi, alţii, deschişi faţă de ideile care li se prezintă, în timp ce alţii preferă să-şi clarifice singuri confuziile. Pentru a exercita o influenţă eficientă, terapeutul trebuie să ţină seama de gradul de sugestibilitate al fiecărui pacient, descoperind care sunt nevoile şi expectaţiile sale şi căutând să vină în întâmpinarea acestora. O variabilă semnificativă, care influenţează eficienţa comunicării de tip hipnotic, ţine de modalitatea în care răspund la mesaje mentalul conştient şi inconştient.

În cursul hipnozei, sugestiile administrate sunt astfel structurate încât să se adreseze instanţelor psihice inconştiente, în timp ce instanţele de natură conştientă sunt ocupate cu un alt tip de activitate. Cele două tipuri de instanţe au atât funcţii distincte, cât şi funcţii comune, suprapunerile permiţându-le să lucreze sinergic, în timp ce diferenţele conduc la reacţii de tip disociativ. Mentalul conştient ne permite să ne dăm seama de ceea ce se petrece, să fim atenţi la ceva, să analizăm, să judecăm, să concluzionăm şi să luăm

decizii. Multe dintre limitările pe care ni le impunem singuri ţin de aspectele critice ale procesării de tip conştient. Mentalul inconştient reprezintă rezervorul tuturor experienţelor achiziţionate de-a lungul vieţii individului, informaţii şi experienţe învăţate, nevoi, trebuinţe, deprinderi, modele de comportament.

Spre deosebire de mentalul conştient, structurile inconştiente nu au un caracter rigid, analitic şi limitativ, răspunzând la comunicarea experienţială şi operând cu metafore şi simboluri într-o manieră mai globală (Brown, 1991; Ornstein, 1991). Pentru a utiliza în mod eficient hipnoza, este necesară transcenderea instanţelor critice de natură conştientă. Faptul că un individ nu-şi dă seama că acumulează informaţii nu înseamnă că nu o face, informaţiile stocate la nivel inconştient având aceeaşi forţă, sau chiar una mai mare, comparativ cu cele conştiente. Mentalul conştient al unui client aflat în hipnoză va trece de la o idee la alta sau de la o imagine la alta, în timp ce structurile inconştiente continuă să recepţioneze sugestiile administrate de hipnoterapeut şi să reacţioneze la acestea (Crawford, 1990; Dixon, Brunet şi Laurence, 1990; Cheek, 1994). Aşa cum am mai precizat, în timp ce mentalul conştient se ocupă de analizarea raţională a conceptelor, cel inconştient este preocupat de experienţele psihologice subiective. Astfel, comunicarea hipnotică se realizează la nivel multinivelar, sugestiile adresându-se simultan structurilor conştiente şi celor inconştiente, unde se deschid noi perspective de înţelegere şi actualizare a unor resurse latente (Bowers şi Okman, 1992; Hilgard, 1992).

Faptul că informaţiile pot fi transmise şi procesate fără ca persoana să conştientizeze neapărat acest lucru alimentează multe din temerile subiecţilor faţă de hipnoză, aceştia considerând că terapeutul le-ar putea transmite mesaje nocive. Persoanele care nutresc astfel de temeri nu au cunoştinţă de existenţa mecanismelor inconştiente de apărare ale eului care acţionează pentru a conserva stima de sine a subiectului şi pentru a-l ajuta să evite conflictele intrapsihice. Mulţi autori contemporani nu se mai referă la dualitatea conştient–inconştient, ci la lateralitatea cerebrală, respectiv la funcţionarea emisferei cerebrale stângi şi a celei drepte. Conform acestei interpretări, hipnoza presupune distragerea şi ocuparea emisferei stângi cu anumite conţinuturi de natură psihică, concomitent cu utilizarea resurselor ce ţin de emisfera cerebrală dreaptă, la acest nivel operându-se cu material senzorial, descriptiv şi emoţional.

Înainte de a trece la faza de inducţie hipnotică propriu-zisă, terapeutul verifică gradul de sugestibilitate prin teste aplicate în stare de veghe. Menţionăm câteva dintre acestea:

a) testul oscilaţiei corpului;
b) testul catalepsiei pleoapelor;
c) testul încleştării degetelor;
d) testul rigidităţii braţului.

a) Testul oscilaţiei corpului. Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator şi să-şi relaxeze toţi muşchii (este indicat ca subiectul să poarte pantofi cu tocuri joase). Instructajul care se administrează este următorul:

Doresc să stai în picioare cu vârfurile apropiate. Închide ochii şi relaxează-te. În câteva momente îţi voi cere să-ţi imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatele tău şi vei simţi cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ţi fie teamă. Lasă-te dus, eu voi sta în spatele tău şi te voi prinde... etc.

Se consideră sugestibil acel subiect care are tendinţa de a cădea în direcţia sugerată.

b) Testul catalepsiei pleoapelor. Subiectului, aşezat într-o poziţie comodă, i se administrează următoarele sugestii:

Doresc să închizi ochii şi să te relaxezi. Nu te teme, deocamdată nu te voi hipnotiza. Fii atent la vocea mea şi relaxează-te. Pe măsură ce te relaxezi, pleoapele tale devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei constata că ţi-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. Îţi va fi foarte greu să deschizi ochii când ţi se va spune s-o faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele şi strâns lipite. Ochii sunt atât de bine închişi, încât nu-i poţi deschide. Încearcă să deschizi ochii.

Dacă subiectul are dificultăţi în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză.

c) Testul încleştării degetelor. I se cere subiectului să-şi scoată inelele şi i se administrează următorul instructaj:

Doresc să-ţi încleştezi degetele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei şi strânge degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poţi de tare. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele, vei constata că degetele devin tot mai încleştate, tot mai strânse unele în altele, ca şi cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleştate, tot mai strânse, tot mai încleştate, încât nu poţi să le desfaci. Ţi-e imposibil să le desfaci. Încearcă să-ţi desfaci

degetele; cu cât încerci mai mult, cu atât reuşeşti mai puţin... încearcă! Dar nu poţi.

Cu subiecţii care nu pot desface degetele sau le desfac doar parţial se poate trece la inducţia hipnotică.

d) Testul rigidităţii braţului. Subiectului aşezat pe scaun i se dau următoarele instrucţiuni:

Întinde braţul drept înainte, la înălţimea umărului (se demonstrează). Strânge pumnul, uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că braţul tău drept devine rigid, tot mai rigid, ca o bară de oţel. Braţul tău devine rigid, ţeapăn, parcă ar fi o bară de oţel şi ştii că este imposibil să îndoi o bară de oţel aşa cum este braţul tău. Braţul tău este rigid, tot mai rigid. Încearcă, dar nu poţi.

Ca şi în cazul celorlalte teste de sugestibilitate, dacă subiectul nu poate îndoi braţul, terapeutul îl poate considera potrivit pentru hipnoză.

Înainte de inducţia hipnotică, terapeutul trebuie să-i spună subiectului că închiderea ochilor nu este obligatorie pentru hipnoză. Mai ales în hipnoza profundă, subiectul poate rămâne cu ochii deschişi. Uneori, subiectul aflat în hipnoză poate deschide spontan ochii fără un motiv special, dar el se află totuşi în transă, iar pentru închiderea ochilor se dă o simplă comandă: „Închide ochii". I se descriu subiectului experienţele pe care acesta trebuie să le trăiască, apoi sugestiile se dau la timpul prezent, ca şi cum s-ar petrece chiar atunci, pe un ton monoton, repetitiv, blând. Când este evident că subiectul se află în hipnoză, se pot da sugestii într-o manieră mai autoritară.

Marlene Hunter (1988) subliniază faptul că, pentru însuşirea unei tehnici de inducţie hipnotică, este tot atât de important *ce spui* şi *cum spui*. Regulile de care ţinem seama sunt următoarele:

- Terapeutul trebuie să se asigure că există o concordanţă între cuvinte şi tonul vocii. De pildă, când dăm sugestii de genul: „Te relaxezi tot mai adânc, tot mai adânc, mai profund"... etc., vocea trebuie să reflecte sugestiile verbale.
- În măsura posibilităţilor, se recomandă evitarea negaţiilor. Dacă spunem „Nu vei mai simţi panica" este mai mult ca sigur că subiectul va trăi respectiva stare. O sugestie de tipul „Te vei simţi confortabil, în siguranţă..." are mult mai multe şanse de succes. Adesea, chiar şi cei mai experimentaţi terapeuţi par să uite că limbajul inconştientului este format

din imagini, logica şi cuvintele reprezentând modelul de lucru al nivelului conştient.

- Este mai indicată utilizarea unor sugestii cu caracter permisiv, securizant, ca de pildă: „Simte-te cât de relaxat doreşti", sau „Poate ţi se va părea interesant să-ţi explorezi stările psihice" etc.
- Evitaţi, pe cât posibil, utilizarea cuvântului „încearcă", deoarece acest termen sugerează că subiectul ar putea să nu reuşească; este mai bine să folosim termeni ca „explorează", „descoperă", „învaţă" etc.
- Amintiţi-vă că unele momente de tăcere plasate din când în când după afirmaţii securizante de tipul „E mai bine aşa" sunt bine-venite.
- O regulă de bază o constituie atitudinea degajată a terapeutului, deoarece în acest caz şi pacientul se va simţi în largul său.

Există diferite tehnici de inducţie hipnotică, dintre care vom enumera câteva: tehnica fixării cu privirea (este foarte obositoare pentru terapeut); tehnica fixării pe un obiect exterior. Astfel, pot fi folosite obiecte strălucitoare de dimensiuni mici, de exemplu: o bilă metalică fixată pe o tijă, o bilă de cristal pe care terapeutul o ţine în mână, un capac de stilou. De asemenea, se poate utiliza o ţintă, ca de pildă, o bucată de carton cenuşiu sau verde-pal, pe care se prinde un nasture metalic strălucitor, argintiu sau auriu. O altă tehnică are în vedere concentrarea pe degetele terapeutului ţinute în poziţie de V, terapeutul coborând degetele şi spunându-i subiectului că pleoapele acestuia coboară. Se mai foloseşte şi concentrarea pe punctul dintre sprâncene, pe un punct aflat pe perete sau pe tavan. La copii se utilizează frecvent concentrarea pe unghia degetului pe care se desenează un cap de păpuşă.

Gibson şi Heap (1991) sunt de părere că, atunci când se discută despre procesul de inducţie al hipnozei, trebuie avute în vedere două elemente:

- în primul rând, subiectul hipnotizat acceptă să reducă activităţile cognitive de procesare a informaţiei, lăsând această sarcină în seama terapeutului, situaţie în care se

produce o modificare a modului de a percepe realitatea înconjurătoare;
- în al doilea rând, vocea hipnotizatorului devine tot mai mult singurul canal de percepere a informației, subiectul hipnotizat recepționând un număr limitat de stimuli și idei care îi sunt sugerate de către terapeut.

Succesul hipnozei depinde în mare măsură de alegerea limbajului adecvat pentru fiecare subiect, limbaj ce trebuie să cuprindă metafore și termeni simpli, prin intermediul cărora se descriu stările și comportamentele pe care trebuie să le manifeste persoana hipnotizată. Așa cum am mai subliniat, este bine să se discute cu pacientul pentru a afla și pentru a înlătura prejudecățile, concepțiile greșite sau expectațiile nerealiste.

Hilgard și Le Baron (1984) consideră că există trei componente de bază ale procesului de inducție hipnotică: relaxarea, imaginația și controlul comportamentului motor.

Inducția prin intermediul relaxării

Una dintre modalitățile cele mai răspândite și mai eficiente de inducție hipnotică se bazează pe sugerarea relaxării musculare. Această tehnică recurge adesea la metafora somnului, deși este evident că hipnoza și somnul sunt fenomene diferite sub aspect electrofiziologic. Terapeutul îi va sugera subiectului destinderea musculară și somnul, deși, în același timp, îl împiedică să adoarmă, continuând să-i vorbească și să-i ceară să fie atent la ceea ce se spune. În practică, acest gen de abordare are rezultate bune, deoarece majoritatea subiecților înțeleg prin „a adormi" să înceteze să mai fie atenți la stimulii exteriori, pe care nu mai trebuie să-i evalueze critic și să-i interpreteze.

Pentru a ilustra acest tip de inducție hipnotică, prezentăm un fragment de inducție hipnotică din scala de susceptibilitate hipnotică Stanford (Weitzenhoffer și Hilgard, 1959, pp. 15–16):

Te simți tot mai toropit și mai adormit, dar continui să asculți vocea mea. Concentrează-te la ceea ce îți voi spune... ascultă atent ceea ce îți voi spune. Treptat vei deveni tot mai toropit, tot mai adormit. Curând vei fi pe deplin adormit, dar vei continua să auzi vocea mea. Nu te vei trezi decât

atunci când îţi voi cere să o faci... te vei cufunda tot mai mult, tot mai adânc într-un somn profund, confortabil, odihnitor. Va fi un somn în care vei fi capabil să faci tot felul de lucruri pe care ţi le voi cere eu... fii atent numai la cele spuse de mine.

Există numeroase variante de texte prin care se realizează acest tip de inducţie, toate având ca element comun sugerarea somnului, simultan cu solicitarea subiectului să fie atent la ceea ce spune terapeutul. În felul acesta, subiectul este prins într-o capcană psihologică din care nu poate ieşi decât acceptând ca sugestiile terapeutului să structureze şi să interpreteze pentru el realitatea. Propoziţia „Va fi un somn în care vei fi capabil să faci tot felul de lucruri pe care ţi le voi cere eu..." se referă la un tip special de somn care a fost descris de-a lungul timpului în cadrul fenomenului de somnambulism.

Inducţia prin tehnica imaginaţiei dirijate

În cadrul acestui tip de inducţie nu este nevoie să se sugereze relaxarea sau somnolenţa, ci, prin intermediul imaginaţiei dirijate, hipnoterapeutul va încuraja deblocarea fanteziei subiectului. Concentrarea atenţiei doar asupra demersului imaginativ, cu excluderea altor stimuli, va facilita intrarea în hipnoză. Hipnoterapeutul îi poate sugera subiectului să-şi imagineze că se află întins pe o plajă, că simte mângâierea razelor soarelui, ascultă zgomotul valurilor, simte mirosul mării şi trăieşte o stare de calm şi pace interioară. Demersul imaginativ va fi astfel construit, încât subiectul să se lase „furat" de sugestiile terapeutului, vizualizând pe ecranul mental imaginile ca într-un film sau, pentru unii subiecţi, chiar ca în realitate. Captarea atenţiei subiectului prin descrierea unor imagini cât mai vii are menirea de a produce modificări în sistemele perceptive ale acestuia. Astfel, subiectul hipnotizat se va baza doar pe cuvintele terapeutului, care vor reprezenta unicul canal prin intermediul căruia acesta va recepţiona realitatea. Tot ceea ce sugerează hipnotizatorul, cu condiţia să fie acceptabil pentru subiect, se va transforma într-o realitate subiectivă pentru acesta.

Trebuie subliniat faptul că, deşi subiecţii hipnotizaţi percep o lume ireală, ei ştiu că sunt hipnotizaţi şi atribuie experienţele neobişnuite pe care le trăiesc stării de transă în care se află. Lumea ireală

a fost construită prin intermediul sugestiilor terapeutice şi, la un anumit nivel al instanţelor gândirii subiectului, această realitate este percepută ca atare. Acest fenomen nu trebuie să ne surprindă, deoarece fiecare dintre noi am trăit, măcar o dată în viaţă, experienţa vizionării unui film pasionant, când emoţiile resimţite au fost la fel de intense ca în realitate, conştienţi fiind, în acelaşi timp, că ne aflăm în faţa ecranului. Deşi imaginile sunt elaborate de către terapeut, vivacitatea acestora îşi are originile în memoria subiectului. Hipnoterapeutul trebuie să-şi aleagă cu multă grijă cuvintele, pentru a putea fi sigur că detaliile sugerate au un corespondent în experienţa interioară a persoanei hipnotizate. Din acest motiv, este necesară o discuţie prealabilă cu pacientul pentru a obţine informaţii legate de scenele care ar fi mai potrivite pentru inducerea transei în cazul acestuia. Astfel, ar fi absurd să ne imaginăm că un individ care nu suportă marea s-ar putea relaxa dacă i-am sugera că se află întins pe plajă, la soare. În cazul în care subiectului nu-i este pe plac conţinutul imaginilor sugerate, hipnoza nu va putea fi indusă sau se va încheia de la sine.

Inducţia prin intermediul controlării comportamentului motor

Acest gen de inducţie presupune influenţarea comportamentului motor al subiectului. Cel mai frecvent utilizată tehnică este aceea a inducţiei prin fixare, în cadrul căreia subiectului i se cere să privească un punct indicat de hipnotizator, în timp ce acesta din urmă administrează sugestii de greutate a pleoapelor, oboseală a privirii şi, în cele din urmă, de închidere a ochilor.

Prezentăm în cele ce urmează un model de inducţie prin fixare preluat din cadrul scalei de susceptibilitate Stanford (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1959).

Relaxează-te, nu încorda muşchii. Fixează cu privirea ţinta pe care ţi-am indicat-o. Priveşte-o cât poţi de fix. Dacă privirea ta are tendinţa să fugă, nu este nimic, readu-o la ţinta aleasă. După un timp vei observa că ţinta se vede ca prin ceaţă sau pare că se mişcă ori îşi schimbă culoarea. E bine aşa... dacă ţi se face somn, este, de asemenea, bine. Indiferent ce se întâmplă, lasă să se întâmple... şi continuă să priveşti cu toată atenţia ţinta indicată... va veni un timp când ochii tăi vor fi atât de obosiţi, încât îţi va

fi imposibil să-i mai ţii deschişi şi se vor închide de la sine. Când acest lucru se întâmplă, lasă-l să se întâmple...

Tehnicile de inducţie cel mai frecvent folosite constau în concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferinţă strălucitor), pe un stimul monoton (pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului, asociată cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă. Textul utilizat în cadrul majorităţii tehnicilor de inducţie hipnotică este orientat în direcţia creşterii motivaţiei subiectului, prin transmiterea unor informaţii în legătură cu ceea ce se aşteaptă de la el. Primele sugestii administrate sunt în general uşor de urmărit şi se referă la relaxarea corpului, închiderea ochilor şi senzaţia de greutate musculară. Treptat, sugestiile se referă la comportamente care implică un nivel mai ridicat al abilităţilor de concentrare şi imaginative ale subiectului şi sunt mai dificil de urmat.

Există mai multe modalităţi de a induce hipnoza şi nu este clar care dintre ele este mai bună. Practica psihoterapeutică a evidenţiat utilitatea însuşirii de către terapeut a mai multor tehnici de inducţie. S-a dovedit, de asemenea, că inducţia clasică a hipnozei nu este neapărat necesară pentru a creşte receptivitatea subiectului la sugestii. Astfel, Barber şi Wilson (1977, 1978) utilizează o metodă de inducţie nonautoritară, răspunsurile subiecţilor fiind măsurate cu ajutorul scalei de imaginaţie creatoare, concepută de ei. Tehnica utilizează instrucţiuni care solicită subiectul să trăiască în plan imaginativ diverse situaţii şi are menirea de a demonstra în ce măsură acesta îşi poate folosi imaginaţia pentru a trăi în plan mental diverse stări, precum şi de a crea atitudini şi expectaţii pozitive, referitoare la capacitatea lui de a realiza acele experienţe.

Milton Erickson a elaborat multe tehnici de inducţie hipnotică mai neobişnuite. Una dintre acestea este *tehnica confuziei*, care s-a dovedit eficientă mai ales la subiecţii rezistenţi, care încearcă să analizeze în mod excesiv ceea ce se petrece în timpul inducţiei şi nu se concentrează la ceea ce li se cere să facă (Haley, 1967; Erickson, 1964; Erickson, Rossi şi Rossi, 1976). Tehnica implică administrarea unui şir de instrucţiuni dificil de înţeles. Acesta cuprinde informaţii nesemnificative, verbe la timpuri diferite şi alte elemente menite să-i creeze subiectului confuzie până când acesta va fi gata să accepte orice fir logic al discursului, ceea ce îl face să-şi modifice expectaţiile şi să reacţioneze la sugestiile date de terapeut.

Tehnica numită intrare în rezonanță (*pacing*) (Bandler şi Grinder, 1975) este utilă atunci când terapeutul trece de la o metodă la alta, pentru că îi creează subiectului un set anticipativ (expectație) cu privire la faptul că va răspunde la sugestiile care îi vor fi date în viitor. Tehnica presupune administrarea de întăriri directe şi implicite în timpul inducției hipnotice, întăriri care îl determină pe subiect să creadă că răspunde la sugestii. Un exemplu de întărire deschisă ar fi următorul: „În timp ce stai pe fotoliu ascultând vocea mea, cu picioarele relaxate..."; întăririle implicite se referă la comportametul nonverbal al examinatorului care imită poziția vocii, ritmul verbal şi chiar cel respirator al clientului. Un subiect receptiv la sugestii poate fi antrenat să intre în hipnoză la un semnal scurt, ceea ce permite renunțarea la tehnicile de inducție care durează prea mult.

O problemă importantă pentru hipnoterapeut constă în găsirea unor metode de creştere a receptivității subiectului la sugestiile hipnotice. Deşi majoritatea autorilor sunt de părere că receptivitatea la hipnoză este o trăsătură stabilă a personalității (Hilgard, 1965; Bowers, 1976), aceasta poate creşte în anumite limite, prin deblocarea subiectului, utilizându-se alte metode decât cele specifice inducției hipnotice.

Diamond (1977) subliniază că factorii care stau la baza acestor metode sunt următorii:

1. *Factori ce țin de optimizarea învățării*
   - focalizarea atenției asupra hipnoterapeutului şi tehnicii de inducție;
   - utilizarea metodei aproximărilor succesive ale răspunsului comportamental aşteptat de la subiect;
   - repetarea (exersarea răspunsurilor nou-achiziționate);
   - oferirea de întăriri şi feedbackuri pentru răspunsurile pozitive (în sensul sugestiei).
2. *Factori ce țin deformarea unui set (montaj) atitudinal*

Procedeele implică utilizarea unor tehnici de creştere a motivației pentru hipnoză şi acceptarea hipnozei încă înainte de aplicarea propriu-zisă a acesteia — relaxare, reducerea anxietății, construirea unei relații bazate pe încredere între terapeut şi client etc.

3. *Strategii cognitive*

Acestea au drept obiectiv învățarea subiectului să se deschidă spre interior, pentru a recepționa sugestiile hipnotice: eliminarea

grijilor şi problemelor exterioare, dirijarea imaginaţiei în acord cu aspectele sugerate şi concentrarea atenţiei şi gândirii asupra sugestiilor. Col (1993) a elaborat o tehnică de creştere a receptivităţii hipnotice bazată pe relaxare, concentrare spre interior şi pe utilizarea imaginaţiei. Tehnica le este prezentată subiecţilor ca o metodă de detensionare, în care sugestiile pot fi aplicate mai eficient. Clienţilor li se explică că ei pot învăţa să reacţioneze la sugestii, pot să-şi administreze autosugestii prin intermediul cărora să obţină modificări pozitive în sfera personalităţii, să scape de simptome nedorite şi să-şi rezolve problemele de viaţă. Se subliniază faptul că este vorba de o deprindere şi că aceasta se perfecţionează prin exersare. Pacienţii nu trebuie să se aştepte la rezultate miraculoase; este suficient doar să înveţe să utilizeze anumite disponibilităţi psihice naturale pe care oamenii nu le folosesc în mod obişnuit. Terapeutul va întări expectaţia subiecţilor în legătură cu faptul că sunt capabili să-şi utilizeze resursele psihice latente. I se explică subiectului modul cel mai eficient în care pot fi folosite sugestiile:

Doresc să vă explic câteva lucruri în legătură cu modul în care funcţionează sugestiile, astfel încât, atunci când vi le administraţi singuri, acestea să fie mai eficiente. Sunt câteva lucruri pe care trebuie să le evitaţi. În primul rând, nu vă străduiţi din răsputeri să îndepliniţi ceea ce vi se cere, pentru că sarcina nu implică voinţă sau o concentrare deosebită a atenţiei. Reprimaţi-vă, de asemenea, tendinţa de a analiza ceea ce se petrece, pentru că atunci sugestiile nu mai acţionează. Dacă vă veţi imagina că mintea dumneavoastră este ca un râu care curge lin, prin locuri frumoase şi liniştite, sugestiile administrate vor ocupa locul dominant în creierul vostru şi vor avea efecte maxime. Este vorba de o metodă care presupune destindere şi relaxare. În cazul în care vă simţiţi distraşi, nu se întâmplă nimic, reveniţi cu calm la gândurile voastre şi lăsaţi-le să se deruleze tot mai mult, ca de la sine. Nu vă faceţi griji dacă atenţia fluctuează, pentru că acest lucru este normal, mai ales atunci când încercaţi să vă obişnuiţi cu metoda. Conştientizaţi pur şi simplu faptul că atenţia v-a fost distrasă şi redirecţionaţi-o spre fluxul calm şi liniştit al sugestiilor pe care le administraţi.

Odată ajuns aici, terapeutul va răspunde la întrebările pacientului, repetând cu alte cuvinte ceea ce s-a spus deja. Următoarea etapă presupune introducerea unei sarcini sugestive la care poate răspunde aproape orice persoană. În felul acesta se maximizează şansele

subiecţilor de a îndeplini cu succes prima sarcină, sporindu-şi, astfel, expectaţiile de a obţine succese în continuare.

Col (1993) propune de asemenea utilizarea pendulului lui Chevreul. Subiectul ţine cu două degete capătul sforii de care este atârnată o greutate, sprijinind cotul de o masă. Terapeutul îi sugerează să ţină braţul relaxat şi să se concentreze asupra pendulului, imaginându-şi că acesta descrie diverse mişcări. Instructajul sună astfel:

Te rog, ţine capătul pendulului între degete (se demonstrează). Stai liniştit şi relaxează-te. Aş dori acum să te concentrezi astfel încât pendulul să devină singurul lucru important pentru tine. Priveşte-l cu atenţie, analizează-i detaliile, forma, culorile, situează-l în centrul atenţiei tale. Focalizarea atenţiei se restrânge tot mai mult, culorile se estompează şi, în curând, pendulul va începe să se mişte înainte şi înapoi.

Este util ca terapeutul să accentueze, prin intermediul sugestiilor, mişcările pe care le descrie pendulul. Se continuă cu aceleaşi sugestii, terapeutul încercând să ritmeze sugestiile după mişcarea pendulului:

Pendulul se mişcă înainte şi înapoi, înainte şi înapoi, tot mai mult se deplasează, tot mai departe, înainte şi înapoi, se mişcă tot mai liber, înainte şi înapoi, înainte şi înapoi (odată ce mişcarea s-a stabilizat şi devine evidentă, se poate trece la o nouă mişcare). Acum pendulul îşi va schimba direcţia de mişcare, va începe să se mişte în cerc. Se va mişca în cerc, va descrie tot mai multe cercuri... se mişcă în cerc.

Subiecţii răspund diferit la aceste sugestii, dar şi o reacţie de mică amplitudine poate reprezenta o experienţă convingătoare. Li s-a demonstrat astfel că au capacitatea de a reacţiona la sugestii. Într-o etapă următoare, li se demonstrează modul în care îşi pot administra autosugestii, pentru aceasta terapeutul cerându-le să-şi imagineze că pendulul descrie diferite mişcări. Puţine persoane nu reacţionează la acest gen de sugestii, dar este evident că gândurile lor au tendinţa să zboare, fapt evidenţiat de mişcările bruşte ale pendulului. Dacă observă acest lucru, terapeutul trebuie să-i oprească şi să-i întrebe la ce anume s-au gândit. Li se sugerează apoi să continue exerciţiul.

Pornindu-se de la exemplul pendulului, i se explică subiectului modul în care gândurile pot influenţa muşchii şi alte organe ale corpului. Se poate trece apoi la inducerea hipnozei. Subiectul este solicitat să se aşeze cât mai comod pe un fotoliu, sprijinindu-şi capul şi membrele superioare pe braţele fotoliului. I se cere apoi să rotească ochii şi să privească punctul dintre sprâncene, explicându-i-se că

rotirea ochilor va produce oboseala acestora şi astfel ochii vor avea tendinţa de a se închide.

Instructajul administrat este următorul:

Vă rog să priviţi punctul dintre sprâncene, să-l priviţi cu toată atenţia, să simţiţi încordarea din ochi, care devine tot mai mare, tot mai mare. Simţiţi tot mai multă încordare, tot mai multă încordare şi ochii devin tot mai obosiţi, tot mai obosiţi, tot mai obosiţi.

Dacă terapeutul observă faptul că pacientul începe să clipească, administrează sugestii menite să accentueze reacţia:

Clipeşti, clipeşti tot mai mult, tot mai mult, iar pleoapele tale devin tot mai grele, tot mai grele, grele, obosite de atâta încordare, obosite de prea multă încordare. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele şi au tendinţa de a se închide.

Există un număr redus de subiecţi care continuă să clipească, opunându-se tendinţei naturale a ochilor de a se închide. În astfel de cazuri, terapeutul le spune pur şi simplu să închidă ochii şi continuă astfel:

E bine aşa. Ţine ochii închişi şi roteşte privirea pe dinăuntru spre punctul dintre sprâncene. Vei simţi o încordare şi o greutate în ochi, senzaţie care te cuprinde tot mai mult, tot mai mult. Greutatea din zona ochilor se extinde în tot corpul care devine tot mai greu, tot mai greu, se confundă cu fotoliul, devine tot mai greu şi mai relaxat. Simţi cum greutatea din zona ochilor se răspândeşte în tot corpul.

Terapeutul va administra în continuare sugestii de relaxare musculară (Irina Holdevici, 1996).

Relaxează acum fiecare grupă de muşchi în parte... relaxează fruntea... fruntea destinsă, relaxată, liniştită... Relaxează ochii... pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele şi relaxate, tot mai relaxate. Relaxează obrajii, maxilarele, ceafa şi gâtul. Relaxează umerii, relaxează braţele, de sus, de la umeri spre coate, palme, până la degete. Relaxează pieptul, abdomenul, spatele. Corpul devine tot mai relaxat, tot mai relaxat. Relaxează coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele. Picioarele sunt tot mai relaxate, tot mai relaxate. Te gândeşti acum din nou la braţele tale şi îţi imaginezi că braţele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb. Musculatura se lasă din cauza relaxării şi braţele devin tot mai grele, tot mai grele, grele, foarte grele. Picioarele devin şi ele grele, foarte grele, grele ca de plumb. Picioarele devin tot mai grele, grele ca de plumb şi mai relaxate. Întregul corp este cuprins de o stare de relaxare plăcută, odihnitoare. O greutate şi o relaxare profundă cuprind tot corpul. Corpul moale, greu, destins, relaxat.

Col (1993, 85) propune pentru adâncirea transei următorul text:

Acum, după ce ai relaxat complet corpul, aş dori să-ţi imaginezi că ieşi din corp şi îţi priveşti corpul care se relaxează pe fotoliu, având grijă de el însuşi şi respirând lin şi liniştit. Cu fiecare expiraţie, corpul se relaxează tot mai mult, tot mai mult, se relaxează tot mai mult şi tu începi să pluteşti, cufundându-te tot mai adânc într-o stare de relaxare plăcută, profundă, odihnitoare. Cu fiecare expiraţie, cobori tot mai adânc, tot mai adânc şi acorzi mai multă atenţie cuvintelor şi gândurilor tale. Corpul tău se îngrijeşte singur de sine. Muşchii tăi sunt complet relaxaţi, complet relaxaţi. Orice încordare, tensiune a dispărut din corpul tău şi îţi este tot mai uşor să-ţi urmăreşti gândurile ascultând vocea mea. Urmărind gândurile tale şi vocea mea tot mai mult şi mai mult, sugestiile pe care ţi le voi administra sau pe care ţi le vei administra singur vor fi mai puternice, vor avea efecte maxime. Te relaxezi tot mai mult, tot mai mult, tot mai mult, profund, tot mai mult, te concentrezi tot mai mult asupra gândurilor tale. Eu voi începe să număr de la 1 la 10 şi, cu fiecare număr, te vei cufunda tot mai mult, tot mai adânc în starea de relaxare, iar gândurile tale vor deveni tot mai mult centrul atenţiei tale, astfel încât sugestiile pe care ţi le administrezi vor avea efecte maxime.

Terapeutul îi va sugera apoi subiectului că poate să lucreze singur acasă şi va reveni din relaxare oricând va dori. După revenirea subiectului din starea de transă, trebuie interogat cu privire la trăirile sale şi la dificultăţile întâmpinate. Acestea din urmă sunt discutate împreună cu terapeutul care îl va ajuta pe client să le depăşească.

În încheiere, dorim să subliniem încă o dată rolul expectaţiilor în inducţia hipnotică şi în psihoterapie, în general, expectaţii pe care terapeutul trebuie să speculeze în avantajul clientului său.

O altă tehnică de inducţie hipnotică foarte cunoscută este *metoda de inducţie hipnotică prin fixarea privirii*, preconizată de Hartland (1971). I se cere subiectului să se aşeze comod pe un scaun sau fotoliu şi i se dau următoarele instrucţiuni:

Doresc să priveşti un punct din tavan, să-ţi fixezi atenţia asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ţi-e comod să-l priveşti. Nu-ţi face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendinţa de a clipi. Dacă ţi se întâmplă acest lucru, readu încet privirea la punctul fixat. Fixează-l cât poţi de bine. Stai relaxat. Relaxează-te şi fii atent doar la vocea mea, la ceea ce îţi voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, braţele, mâinile, întregul tău corp devine tot mai relaxat şi o stare de

toropeală plăcută te cuprinde tot mai mult. Simţi o greutate plăcută care îţi cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Braţele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Eşti tot mai relaxat, toropit, de parcă ai fi pe punctul de a adormi... O senzaţie de căldură plăcută, adormitoare îţi cuprinde întregul corp. Curând te vei cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă cu un somn plăcut, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândeşte-te la toropeala şi somnolenţa care te cuprind. Vocea mea te adoarme, te relaxează, te face tot mai relaxat. Vocea mea te face să doreşti să te relaxezi. Ţi-e imposibil să menţii ochii deschişi, ochii se închid, clipeşti tot mai des pentru că nu mai poţi ţine ochii deschişi. Clipeşti tot mai des şi în curând nu vei mai putea ţine ochii deschişi pentru că pleoapele devin grele, foarte grele, ca de plumb (ar fi utilă coordonarea acestor sugestii cu mişcările reale de clipire). *Devii tot mai toropit, mai relaxat şi în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele şi mai strâns lipite...* (dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm): *Acum închide ochii şi fii atent în continuare la ceea ce îţi voi spune. Ochii sunt închişi acum şi te relaxezi profund, tot mai profund. Vei fii atent numai la vocea mea. Îţi vei reveni doar atunci când îţi voi spune eu să-ţi revii. Te vei simţi foarte liniştit şi relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Pe viitor, ori de câte ori vei pronunţa cuvinte de relaxare, toropeală, te vei relaxa rapid. Dacă se va întâmpla ceva ce-ţi poate pune viaţa sau sănătatea în pericol, te vei trezi imediat, spontan şi vei putea face faţă situaţiei.*

I se mai poate sugera subiectului că se va trezi în mod spontan după un anumit timp. S-a observat că unii subiecţi menţin ochii întredeschişi şi au un tremur al pleoapelor. Aceste fenomene nu trebuie considerate rezistenţe, deoarece frecvent subiecţii respectivi se află în transă. În stare de hipnoză, comportamentul subiecţilor diferă de la un individ la altul. Unii par relaxaţi, ca adormiţi, iar alţii par rigizi sub aspect muscular (deci, nici menţinerea ochilor închişi nu este o condiţie obligatorie). Pot fi evidenţiate o serie de trăsături ale celor hipnotizaţi, cu specificarea că manifestările aparente depind şi de elementele sugerate de inducţia hipnotică, şi de expectaţia subiecţilor. Aşa cum aminteam, trăsăturile celor hipnotizaţi sunt: imobilitatea posturală, în absenţa sugestiilor de mişcare, lipsa dorinţei de a comunica, subiecţii trebuind să fie întrebaţi de mai multe ori înainte de a se decide să răspundă, folosirea unui limbaj

sărac, adesea şoptit, lentoare psihomotorie şi pasivitate, îngustarea câmpului conştiinţei, hipersugestibilitate.

Adâncirea transei

Hartland, după instructajul menţionat anterior, continuă cu următorul procedeu de adâncire a transei:

Voi înceta să-ţi vorbesc pentru un timp, iar tu vei continua să rămâi profund relaxat. Vei intra treptat într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, tot mai adâncă. Când voi începe să-ţi vorbesc, vei fi mult mai relaxat, mult mai profund relaxat decât acum. Te simţi foarte bine, nimic nu te mai tulbură. Te vei relaxa tot mai mult, şi mai mult, cu fiecare expiraţie devii tot mai relaxat.

Terapeutul va face o pauză de 10 secunde; dacă intervalul se prelungeşte, subiectul poate trece în somn natural. Se observă că, pe măsură ce subiectul răspunde mai bine la primele sugestii, el devine tot mai receptiv şi transa se adânceşte în mod spontan. Se pot administra sugestii pentru catalepsia pleoapelor (vezi cele menţionate la testul catalepsiei pleoapelor). Când ne îndoim că subiectul este în transă, nu trebuie să-l provocăm să deschidă ochii, ci să-i adâncim starea:

Pleoapele tale sunt grele, atât de grele încât, dacă vei încerca să deschizi ochii, nu vei putea. Dar nu vei încerca să deschizi ochii, nu simţi dorinţa de a deschide ochii, ci doreşti să te relaxezi cât mai profund.

Pentru a verifica în ce măsură inducţia hipnotică a avut efect, se recomandă realizarea testului rigidităţii braţului. Dacă subiectul nu-l realizează, se recomandă să fie trezit şi rehipnotizat după o altă metodă. Dacă subiectul este receptiv, pot fi folosite sugestii de tipul: „Încearcă să îndoi braţul, încearcă..."

În cazul subiecţilor a căror stare de inducţie hipnotică a fost confirmată prin rigiditatea braţului şi redeschiderea ochilor, se poate trece la adâncirea transei după următorul instructaj, realizat tot de Hartland:

Eşti profund relaxat, dar poţi intra într-o stare de relaxare şi mai adâncă decât cea în care te afli acum. Doreşti foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experienţă agreabilă care îţi face foarte bine. Te vei relaxa cât mai profund şi toate sugestiile pe care ţi le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate

număra până la 10, 20 etc.) şi, pe măsură ce număr, te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, mai plăcută. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5, vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit că, atunci când îţi voi spune să revii, nu îţi vei reaminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 — relaxarea devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 — relaxarea devine şi mai profundă şi mai adâncă cu fiecare cuvânt spus de mine; cu fiecare expiraţie te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 — relaxare adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult; te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi vocea mea, care parcă vine de undeva de departe; 4 — continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ţi le dau sau ţi le voi da în viitor vor fi eficiente şi în avantajul sănătăţii tale. Vei îndeplini tot ceea ce îţi spun să îndeplineşti. Nu te teme de hipnoză, pentru că îţi va face numai bine. Eşti convins că nu ţi se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îţi vorbesc, eşti tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îţi voi spune să auzi, să vezi sau să simţi ceva, vei trăi experienţe vii, ca şi cum ar fi reale. Vei auzi, vei vedea şi vei simţi ca în realitate ori de câte ori îţi voi spune să simţi sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cerinţele mele, pentru că sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ţi-o dau. Continuă să te relaxezi. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5, vei fi foarte profund, foarte profund relaxat, adânc relaxat şi toropit; 5 — profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei reveni din relaxare decât atunci când îţi voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă ceva mie, ori te ameninţă ceva. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat şi vei face tot ceea ce îţi voi spune eu să faci. Când îţi voi spune să revii, nu-ţi vei mai aminti nimic din faptul că te-ai relaxat şi te-ai odihnit.

După adâncirea stării de relaxare, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice, pentru care a fost indusă hipnoza. La subiecţii prea pasivi, cu tendinţă de a intra într-o stare letargică, trebuie avut în vedere ca adâncirea transei să nu accentueze pasivitatea, somnul, ci tendinţa subiectului de a coopera cu terapeutul. Adulţii au o teamă inconştientă de hipnoză, şi acest fapt îi împiedică să adâncească transa. Terapeutul trebuie să furnizeze informaţii şi explicaţii suplimentare, să acorde o mare atenţie formulelor sugestive, pentru a evita interpretarea lor eronată de către subiect. De asemenea, nu se recomandă să folosească drept semnal de inducere a hipnozei un gest sau un cuvânt cu care

subiectul se poate întâlni spontan în viața cotidiană. Multe efecte secundare ale hipnozei sunt determinate de sugestiile administrate greşit.

Dehipnotizarea

În cazul unui număr mare de subiecți, este suficient să comandăm pe un ton plăcut, dar ferm: „Revino! Trezeşte-te!" sau „Când voi lovi degetele, vei fi pe deplin treaz, trezeşte-te".

Pentru pacienții aflați într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă treptat, ca în instructajul următor (Hartland, 1971):

Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când voi ajunge cu numărătoarea la 1 vei fi complet treaz, îți vei reveni complet, te vei simți bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun: 5 – vei reveni curând din relaxare; 4 – revii încet la normal; 3 – revii tot mai mult: 2 – când voi ajunge la 1 vei reveni complet, te vei simți foarte bine; 1 – ai revenit complet, eşti pe deplin treaz, ai mintea clară, limpede, eşti complet treaz, vioi, atent.

Dacă subiectul se simte totuşi ameţit, nu se ține bine pe picioare, are un aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandând pe un ton ferm: „Eşti pe deplin treaz" sau poate repeta procesul de dehipnotizare. În niciun caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până când nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Se recomandă ca subiecții care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsați să mai aştepte puțin într-o cameră, înainte de a pleca, terapeutul urmând să mai verifice o dată starea acestora. Există cazuri foarte rare când subiecții pot acuza cefalee, confuzie, ameţeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienții nu sunt de acord să îndeplinească sarcinile administrate de terapeut (de exemplu, în mod inconştient ei pot să nu dorească să se lase de fumat). Fenomenul este interpretat ca o rezistență la psihoterapie. Dar în practică pot apărea şi alte tipuri de rezistențe: starea hipnotică se transformă într-o fugă sau o comă isterică sau într-o stare catatonică la un pacient psihotic; în aparență, subiectul se trezeşte, dar poate menține în stare de veghe comportamentul de tip hipnotic, sau subiectul se trezeşte, apoi reintră spontan în transă. Toate aceste rezistențe la revenire pot fi puse pe seama unor erori de tehnică atunci când, fără să-şi dea

seama, terapeutul i-a sugerat să nu se trezească, dar pot apărea şi din alte cauze: existenţa unor sentimente de ostilitate faţă de terapeut, sugestii posthipnotice pe care subiectul nu vrea să le urmeze, existenţa unor tulburări în sfera personalităţii (nevoia de a fi dominat, de a se supune, de a evita un conflict, de a fugi de realitate).

Williams (citat de Hartland, 1971) afirmă că subiectul poate dori să testeze capacitatea terapeutului de a-l controla sau că aceste rezistenţe la revenire pot fi expresia unor erori şi ambiguităţi de instructaj. De regulă, asemenea dificultăţi de revenire nu apar din prima şedinţă de hipnoză, ci atunci când subiectul află în ce fel transa poate să folosească scopurilor sale. Pot exista diferite metode de reducere a acestor rezistenţe la revenire. O metodă frecvent folosită este interogarea subiectului aflat în hipnoză în legătură cu motivul refuzului său. Răspunsul subiectului îl poate inspira pe terapeut ce sugestii trebuie administrate în acest caz.

Rosen (citat de Hartland, 1971) indică metoda scrisului automat, metoda privirii în bila de cristal sau cea a visului hipnotic drept soluţii pentru aceste situaţii. O altă metodă este ignorarea pacientului. Subiectului i se dau următoarele instrucţiuni: *Dacă nu doreşti să te trezeşti trebuie să te las aşa cum eşti.* Apoi, terapeutul ignoră subiectul şi se ocupă de alte probleme. De cele mai multe ori, subiectul trece în somn natural şi se trezeşte spontan. Terapeutul trebuie să-l observe pe subiect şi să-l lase să plece din cabinet numai atunci când acesta e complet treaz.

Williams (citat de Hartland, 1971) susţine că terapeutul trebuie să folosească acele metode care, după părerea subiectului, îl pot trezi, să corecteze sugestiile ambigue date în inducţia hipnotică, să inducă o transă secundară, să sugereze experienţe care să ducă firesc la terminarea transei, să accepte unele condiţii stabilite de subiect pentru a coopera şi să folosească sofismele pentru a preîntâmpina opoziţia subiectului. Utilizarea mijloacelor fizice (a pălmuirii) nu este indicată decât în cazul stărilor extreme de tip isteric, stări care nu ţin de hipnoză, ci de anumite particularităţi ale personalităţii subiectului.

Pe lângă tehnica de inducţie expusă anterior, Hartland prezintă şi o altă tehnică de inducţie rapidă. Subiectul stă în picioare în faţa terapeutului, iar acesta îi pune mâinile pe umeri şi îi fixează cu privirea rădăcina nasului:

Uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn adânc, profund, odihnitor. Continuă să te uiţi în ochii

mei şi vei simţi o greutate care îţi cuprinde tot corpul. Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, de somnolenţă. Te simţi obosit, corpul este greu, greu ca de plumb. Simţi nevoia să adormi. Pleoapele sunt atât de grele, că nu poţi ţine ochii deschişi. Ochii se închid, se închid, nu poţi să-i mai ţii deschişi. Adormi, adormi, ochii se închid, dormi, dormi, somn profund.

În utilizarea tehnicilor de inducţie, terapeutul trebuie să ţină seama de următoarele recomandări: 1) dacă nu e necesară o transă profundă, o metodă de inducţie rapidă este adesea suficientă. Dacă este însă nevoie de o transă mai profundă, se recomandă utilizarea unei metode de durată mai mare, cu mai multe detalii; 2) metodele rapide fac o impresie mult mai puternică asupra spectatorului; 3) uneori se poate eşua cu o metodă, dar se poate reuşi cu alta. De regulă cu metode mai lungi se reuşeşte mai bine; 4) scopul terapeutic scontat se obţine mai uşor prin utilizarea metodelor mai lungi pentru că acestea permit exercitarea unui control mai bun asupra pacientului.

Alte tehnici de inducţie hipnotică

- **Tehnica de inducţie elementară (Hunter, 1988)**

Aşezaţi-vă într-o poziţie cât mai comodă. E bine aşa. Amintiţi-vă că vă puteţi mişca oricând, vă puteţi schimba poziţia pentru a vă simţi cât mai comod. Asiguraţi-vă de faptul că aveţi spatele şi capul sprijinite (subiectului trebuie să i se dea asigurări că el deţine controlul asupra situaţiei; confortul fizic este important). *Acum lăsaţi-vă ochii să găsească un obiect (punct) agreabil asupra căruia urmează să se concentreze. Continuaţi să priviţi un anumit timp obiectul respectiv. Treptat-treptat veţi constata că pleoapele au tendinţa de a deveni tot mai grele, din ce în ce mai grele, astfel încât ar fi foarte plăcut să închideţi ochii pentru câteva secunde. Deschideţi din nou ochii, apoi închideţi-i iar. Veţi constata că aveţi tendinţa de a clipi uşor. Acesta este un semnal că veţi avea acces la o zonă plăcută a minţii dumneavoastră, o zonă în care timpul îşi pierde semnificaţia în care puteţi percepe sugestiile directe de închidere a ochilor.* (Acestea sunt mai puţin anxiogene decât cele directe de închidere a ochilor. Dacă observaţi cu atenţie subiectul, veţi constata tendinţa acestuia de a clipi. Atunci este momentul să menţionaţi acest lucru cu voce tare).

Imaginaţi-vă acum că vă aflaţi într-un loc foarte plăcut, unde toate lucrurile sunt aşa cum ar trebuie să fie. (Introduceţi o semnificaţie personală a imageriei dirijate). *Vă plasaţi cu ochii minţii în locul respectiv şi veţi constata că vă simţiţi din ce în ce mai bine, mai relaxat, mai liniştit, mai confortabil, încordarea va dispărea tot mai mult, din ce în ce mai mult.* (Conştientizaţi ideea reducerii încordării mai ales la subiecţii care nu au experienţă în domeniul hipnozei).

Imaginaţi-vă toate detaliile reveriei dumneavoastră interioare: ce vedeţi cu ochii minţii, ce auziţi cu urechile minţii, ce senzaţii percepeţi în corpul dumneavoastră. Dacă vă imaginaţi că sunteţi întins pe plajă, simţiţi soarele fierbinte, nisipul moale şi cald, simţiţi mişcările corpului dumneavoastră, atunci faceţi un semn cu capul (ghidaţi subiectul astfel încât să diferenţieze experienţele interne de cele externe). *Dacă vă imaginaţi că sunteţi în apa unui lac, simţiţi mişcările corpului în apă, simţiţi apa răcoroasă care vă atinge pielea, faceţi semn afirmativ prin mişcarea capului. Căutaţi să descoperiţi ce anume simte corpul dumneavoastră în această situaţie* (Faceţi apel la toate modalităţile senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică, tactilă, olfactivă, gustativă, la senzaţiile de cald şi de rece.) *Poate că în visul dumneavoastră în stare de veghe sunt lucruri pe care doriţi să le atingeţi, să le vedeţi, să le gustaţi sau să le mirosiţi. Puteţi simţi arome minunate care se asociază cu ceea ce vedeţi. Descoperiţi şi bucuraţi-vă de culori, observaţi dacă este cald sau răcoare, dacă mai există şi altă prezenţă în visul dumneavoastră...* (Este bine să se sublinieze că orice om se lasă purtat de reverii diurne, şi acesta este un lucru plăcut şi odihnitor.) *Observaţi cu ochii minţii toate detaliile, culorile şi bucuraţi-vă de imaginile pe care le-aţi creat. În timp ce vă imaginaţi aceste lucruri frumoase, mintea dumneavoastră interioară vă va purta spre o stare de hipnoză plăcută, odihnitoare, o stare care vă convine şi în care veţi putea realiza ceea ce v-aţi propus.* Se subliniază faptul că, indiferent ce face subiectul, este bine.

- Tehnica inducţiei prin metoda imageriei vizuale (Hunter, 1988):

Staţi comod pe fotoliu, cu ochii închişi şi spatele sprijinit. Imaginaţi-vă un nor alb şi pufos care coboară din cer şi vine atât de aproape de dumneavoastră, încât vă puteţi urca pe el ca pe o saltea moale (Nu uitaţi că unii subiecţi nu au capacitatea de imaginare vizuală. Pentru ei, o astfel de tehnică este mai curând frustrantă decât agreabilă.) *Lăsându-vă purtat de norul pufos veţi putea trăi experienţe plăcute în mintea dumneavoastră.* (Subiectul este invitat să participe la experienţa psihologică.)

Simțiți moliciunea și atingerea plăcută a norului care vă susține, vă învăluie. Simțiți cum începeți să plutiți tot mai sus, din ce în ce mai sus, în timp ce vă simțiți protejat, apărat, în siguranță. (Se adaugă elementele kinestezice celor vizuale. Este importantă accentuarea sentimentului de siguranță.) *Pe măsură ce norul se ridică și plutește tot mai sus, pe cerul albastru, observați cum o pasăre albă aterizează lângă nor și vă privește cu ochi întrebători. Parcă ar vrea să spună: „Nu vrei să te joci cu mine?" Apoi, pasărea își întinde aripile și zboară lin în jurul norului pe care plutiți, lăsându-se în voia curentului plăcut de aer. Ea este liberă, complet liberă.* (Terapeutul trebuie să se asigure de faptul că pacientul nu are fobia păsărilor.) *Norul dumneavoastră parcă ar vrea să urmeze pasărea albă și vă întrebați încotro vă va purta. Plutiți pe norul alb și pufos, care alunecă lin și liniștit. Puteți vedea vârfurile copacilor, câmpiile verzi, lanurile galbene de grâu și panglica argintie a unui râu care curge printre câmpii. înaintea dumneavoastră se zărește arcul strălucitor al unui curcubeu. Și pasărea albă care vă călăuzește l-a văzut și zboară spre el. Pe măsură ce vă apropiați de curcubeul viu colorat, vă minunați tot mai mult de frumusețea lui. Fiecare culoare este strălucitoare și are pe margini argintiu. Culorile sunt minunate, strălucitoare, cele mai frumoase culori pe care le-ați văzut vreodată* (Exercițiul nu este recomandabil subiecților care nu pot vizualiza culori).

Pasărea albă vă va conduce spre o culoare roz, delicată. Vă cufundați în ea și aveți impresia că atingeți un nou nivel de conștientizare. (Sugestia „atingeți un nou nivel de conștientizare" este utilă pentru producerea schimbării). *Este culoarea care apare pe cer înainte de răsăritul soarelui. Culoarea aduce cu ea căldură, sănătate. Vă cufundați în culoarea galben-portocalie și simțiți cum procesul de vindecare începe să se desfășoare în interiorul organismului.* (Culoarea galben-portocalie sugerează promisiunea unui lucru bun care se va întâmpla. Soarele este adesea considerat simbolul vindecării. „Procesul de vindecare va începe" reprezintă o promisiune și o parte a noului nivel de conștientizare). *Urmați în continuare pasărea albă care vă conduce spre culoarea verde, simbolul creșterii și reînnoirii.* (Se utilizează metafora creșterii și schimbării). *Este o culoare minunată, o culoare a tuturor posibilităților, culoarea primăverii, a mugurilor care se desfac înainte de începerea unei vieți noi. Verdele este culoarea pe care o așteptăm în zilele mohorâte de iarnă, culoare ce ne promite un nou început.* (Se accentuează ideea unor noi promisiuni). *Plutiți în continuare spre albastrul ceresc și parcă păsării albe îi place mai mult această culoare, sau doar vi se pare. Culoarea albastră*

induce starea de linişte si pace interioară, vă aduce răcoare şi confort. (Este simbolul acceptării). *Treptat, culoarea albastră se preschimbă în purpuriul apusului de soare. Este timpul contemplării, al revederii întregii vieţi pentru a descoperi un nou sens, a atinge un nou nivel de înţelegere a propriei persoane şi a universului* (Revederea lucrurilor presupune *a vedea din nou,* implică o nouă *perspectivă*). *Pasărea albă zboară liber încoace şi încolo printre culorile curcubeului şi parcă vă cheamă spunându-vă: „Şi dumneavoastră puteţi fi o parte a întregului univers".* (Se sugerează ideea că subiectul nu este singur. Se păstrează tăcere pentru un timp).

Acum a sosit timpul să vă reîntoarceţi acasă, să călătoriţi pe norul alb şi pufos spre locul de unde aţi plecat. Pasărea albă vă urmează în călătorie, zburând în jurul norului dumneavoastră şi invitându-vă să continuaţi jocul. Ştiţi însă că a venit timpul ca jocul să se sfârşească pentru un timp. Acum, norul vă va purta în deplină siguranţă până acasă şi vă va aşeza pe fotoliul preferat. Veţi reintra în corpul dumneavoastră ştiind că veţi putea urma din nou pasărea albă într-o zi. (Se oferă perspectiva unor noi posibilităţi).

Aceasta tehnică de inducţie a fost publicată pentru prima dată în manualul Asociaţiei de Hipnoză Clinică, editat de Corydon Hammond în 1988.

Tehnici avansate de inducţie hipnotică

- Metoda levitaţiei braţului

Metoda a fost utilizată pentru prima dată de Milton Erickson, dar cea mai bună descriere a acesteia îi aparţine lui Lewis Wolberg (1950). Subiectul este aşezat în poziţie cât mai comodă pe un scaun şi primeşte următoarele instrucţiuni:

Doresc să stai comod pe scaun şi să te relaxezi. Pune braţele pe coapse, cu palmele în jos. Observă cu atenţie braţele. Stai liniştit şi relaxat. Vei constata că se întâmplă anumite lucruri cu braţele şi cu palmele tale. Aceste lucruri se petrec întotdeauna când eşti relaxat, dar, de regulă, nu le dai atenţie. Te rog să te concentrezi asupra palmelor tale, asupra tuturor senzaţiilor ce apar la acest nivel. Vei simţi poate greutate în palme sau presiune, vei simţi materialul din care sunt făcuţi pantalonii (sau fusta) ori vei simţi căldură sau mici furnicături în degete. Indiferent despre ce fel de senzaţii e vorba, doresc să le observi cu atenţie. Atenţia ta poate să fluctueze, să se abată de la palme, dar readu-o cu calm înapoi. Continuă să te

concentrezi asupra palmelor întrebându-te când va începe mişcarea din ele. (Când terapeutul observă mişcarea unuia din degetele subiectului, el menţionează acest lucru şi afirmă că mişcarea se va intensifica probabil.) *E interesant de văzut care din degetele tale se mişcă mai întâi. Poate fi degetul mijlociu, arătătorul sau inelarul etc. Unul dintre degete începe să zvâcnească, să se mişte. Nu ştii încă ce deget se va mişca mai întâi. Continuă să-ţi concentrezi întreaga atenţie asupra degetelor. Vei constata o mişcare uşoară în degetul arătător al mâinii drepte. De îndată ce a început mişcarea, vei observa ceva interesant. Foarte încet, degetele se vor îndepărta unele de altele, spaţiul dintre ele va deveni din ce în ce mai mare. Degetele se vor îndepărta tot mai mult unele de altele. Se vor îndepărta unele de altele tot mai mult.* (Aceasta este prima sugestie adevărată la care ne aşteptăm să răspundă subiectul.) *Pe măsură ce degetele se depărtează, vei observa că ele au tendinţa de a se arcui, de a se ridica. Observă cum arătătorul mâinii drepte se arcuieşte, tinde să se ridice. În acest moment şi celelalte degete tind să-l urmeze, să se arcuiască, să se ridice, să se ridice. Pe măsură ce degetele tind să se ridice, devii tot mai conştient de faptul că palma ar fi trasă în sus de un balon, tot mai sus, din ce în ce mai sus. Palma dreaptă e uşoară ca un fulg şi tinde să se ridice tot mai mult. Pe măsură ce palma se ridică, tot braţul se ridică tot mai mult, din ce în ce mai sus. Pe măsură ce priveşti palma şi braţul care se ridică tot mai mult, observi că devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Ochii devin tot mai obosiţi, din ce în ce mai obosiţi. Pe măsură ce braţele se ridică, devii tot mai relaxat, tot mai toropit, mai somnolent. Pleoapele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tind să se închidă. Voi număra acum de la 1 la 10 şi cu fiecare număr braţul tău se va ridica mai mult, tu te vei simţi tot mai relaxat, tot mai toropit, vei simţi nevoia să închizi ochii şi să te laşi în voia relaxării plăcute, odihnitoare. 1 — braţul se ridică uşor, atras ca de o forţă, braţul se ridică tot mai mult, sus, tot mai sus. Devii tot mai relaxat, tot mai toropit, pleoapele devin grele, foarte grele. Respiraţia devine rară, tot mai rară, regulată. Inspiră şi expiră adânc; 2 — braţul se ridică tot mai mult şi se apropie de faţa ta. Te simţi tot mai relaxat, tot mai toropit; 3–4–5–6 — pe măsură ce braţul se apropie de faţa ta, intri într-o relaxare adâncă, tot mai adâncă, braţul se ridică din ce în ce mai mult, până când va atinge faţa, iar tu devii tot mai toropit, din ce în ce mai toropit, dar nu trebuie să adormi înainte ca mâna să atingă obrazul. Când palma va atinge obrazul vei adormi; 7 — braţul îşi schimbă direcţia şi se ridică tot mai mult, tot mai mult, îndreptându-se spre faţa ta. Pleoapele devin grele, foarte grele. Devii tot mai toropit, tot mai toropit, ochii se închid, se închid; 8 — când palma*

va atinge faţa, vei adormi, vei adormi profund. Devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul şi braţul se ridică tot mai mult, tot mai sus, tot mai sus; 9 — când braţul va atinge faţa vei adormi adânc (dacă palma subiectului atinge faţa); *10 — dormi, dormi, dormi. Te simţi relaxat şi toropit, te gândeşti numai la somn şi relaxare. Relaxare profundă, profundă, ca un somn adânc.*

Se observă că este mult mai bine dacă tehnica levitaţiei braţului se combină cu tehnica numărării, pentru că levitaţia este o metodă dificilă, la care subiecţii reacţionează mai puţin şi, în acelaşi timp, reprezintă o modalitate de abordare la care pot recurge doar terapeuţii experimentaţi.

• Tehnica de inducţie indirectă a hipnozei (Milton Erickson, 1954).

Această tehnică de inducţie indirectă se poate aplica fără acordul pacientului. Se discută cu o persoană care este dispusă să coopereze şi apoi i se cere subiectului să asiste la o şedinţă de hipnoză a persoanei înţelese cu terapeutul. Se dau sugestii pentru persoana respectivă, dar acestea i se adresează de fapt subiectului. Este indicat ca cele două persoane (pacientul şi martorul) să fie apropiate sub aspectul vârstei, pregătirii, sexului şi să aibă o aşezare spaţială în poziţii simetrice. Datorită acestor aspecte şi contagiunii afective, există posibilitatea ca subiectul să intre automat în hipnoză.

Caracteristicile tehnicilor de inducţie hipnotică (Heap, 1993, p. 19)

1. Focalizarea atenţiei subiectului asupra unui stimul unic sau asupra unui număr limitat de stimuli:

— vizuali — un punct luminos sau strălucitor;

— auditivi — vocea hipnoterapeutului sau sunetul unui metronom;

— motorii — concentrare asupra respiraţiei sau ridicării (levitaţiei) braţului;

— imaginativi — o scenă descrisă de terapeut sau aleasă de subiect.

Alegerea stimulului pe care se realizează concentrarea are un caracter arbitrar, fiecare hipnoterapeut având tendinţa să-şi elaboreze propria metodă de inducţie hipnotică.

2. Administrarea unor sugestii repetitive de liniște, calm, greutate musculară, de adâncire a relaxării, precum și sugestii care transmit mesajul că subiectul trebuie să se lase condus de instrucțiuni.

3. Utilizarea unor mesaje ritmate, după modelul:

Pe măsură ce număr, devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat;

Cu fiecare expirație, corpul devine tot mai relaxat, tot mai relaxat;

Pe măsură ce pleoapele devin tot mai grele, trupul tău se cufundă tot mai mult, tot mai mult în fotoliu;

Cu fiecare mișcare a brațului intri tot mai profund, tot mai profund în hipnoză.

Heap (1993, p. 19) susține că, pentru reușita inducției hipnotice, este utilă introducerea a cel puțin unei sugestii de disociere psihică.

Sugestiile de relaxare și greutate a corpului nu conțin în sine un astfel de potențial, spre deosebire de sugestiile de levitație a brațului, anestezie sau cele cu caracter provocativ (ca de exemplu: „Pleoapele grele, foarte grele... atât de grele încât nu poți deschide ochii, nu poți deschide ochii; încearcă să deschizi ochii, încearcă, dar nu poți...").

Tehnica levitației brațului s-a dovedit a fi foarte eficientă, în timp ce sugestiile cu caracter provocativ pot compromite inducția. Același autor subliniază faptul că în terapie este bine să se utilizeze la început trei sau patru tehnici de inducție și de adâncire a transei. În felul acesta, pacientul și terapeutul vor alege cea mai bună metodă de inducție hipnotică. În cursul ședințelor viitoare, tehnica de inducție va fi considerabil scurtată.

Există chiar unii pacienți care, odată hipnotizați, vor avea nevoie la inducțiile viitoare doar de câteva sugestii verbale cu caracter repetitiv pentru a intra în hipnoză. Hilgard (1986) afirma că inducția hipnotică are drept scop să pregătească subiectul pentru experiențe psihologice de tip disociativ, perturbând continuitatea fluxului memoriei și modificând focalizarea psihică prin intermediul sugestiilor verbale, al atenției selective și prin stimularea imaginației.

Metode de reducere a rezistenței la inducția hipnotică

Hunter (1988) sublinia faptul că rezistențele reprezintă un fenomen perfect normal, ce se manifestă la aproape orice subiect care nu

a mai practicat hipnoza, dar pot apărea uneori şi la subiecţii cu experienţă în domeniu, atunci când aceştia sunt confruntaţi cu experienţe psihologice inedite, care pot avea loc în stare de hipnoză. Rezistenţele nu sunt altceva decât expresia unor mecanisme de apărare de natură inconştientă.

Primul pas în direcţia înlăturării rezistenţelor constă în lămurirea unui subiect lipsit de experienţă că aceste fenomene sunt normale şi adesea dezirabile. Este, de asemenea, indicat să i se administreze subiectului sugestii pozitive de tipul: „Îmi dau seama că eşti motivat, şi acesta este cel mai important lucru pentru ca hipnoza să reuşească". Există subiecţi care îi vor spune terapeutului pe un ton agresiv: „Nu mă voi relaxa niciodată!" În astfel de cazuri se comandă rapid: „Te rog să te relaxezi! Încearcă doar să asculţi vocea mea şi să te laşi purtat de ea. Faci parte din acea categorie de persoane care obţin maximum de profit atunci când ascultă cu atenţie şi se concentrează asupra a ceea ce spun". Trebuie subliniat faptul că inconştientul interpretează invers afirmaţiile cu caracter negativ. Astfel, afirmaţia: „Vă rog, NU..." va fi interpretată sub forma „Vă rog SĂ..." În cazul subiecţilor care au tendinţa de a rămâne cu ochii deschişi este bine să se spună: „O, dumneavoastră faceţi parte dintre acei subiecţi care preferă să rămână cu ochii deschişi atunci când intră în hipnoză". La auzul unei afirmaţii de acest tip, subiectul va închide imediat ochii.

Terapeutul trebuie să piardă un anumit timp pentru a afla care sunt preferinţele subiectului, spre a conduce corect procesul imaginaţiei dirijate. Este indicat ca acesta să cunoască ce anume nu îi place subiectului, eventualele sale fobii. Evident că un subiect care se teme de apă va rezista sugestiilor de a înota în plan imaginar. În acelaşi timp este important să fie cunoscute experienţele anterioare legate de hipnoză, mai ales cele care se referă la hipnoza de estradă. Subiectului trebuie să i se dea asigurări că hipnoza clinică se deosebeşte foarte mult de cea de estradă şi că terapeutul îşi cunoaşte bine meseria.

Se va afirma de mai multe ori faptul că, indiferent ce anume se întâmplă, este bine ceea ce se întâmplă. În acelaşi timp, este de dorit să se precizeze că majoritatea subiecţilor intră la început într-o stare de transă uşoară şi că aceştia vor învăţa să intre într-o hipnoză mai profundă abia atunci când se vor familiariza cu tehnica. În cazul în care subiectul se dovedeşte excesiv de rezistent, este indicată

aplicarea unei tehnici disociative după modelul: „Te rog, fă să intre în hipnoză doar inconştientul tău şi menţine conştientul treaz".

De reţinut că cea mai bună tehnică de intrare în hipnoză este aceea prin care *învăţăm* subiectul să intre în această stare şi nu-i ordonăm s-o facă împotriva voinţei sale. Această afirmaţie se bazează pe tendinţa firească a oamenilor de a se opune oricărei presiuni şi de a proceda invers decât li se cere. Din acest motiv, este bine să se utilizeze o voce blândă şi caldă, chiar dacă ea ascunde o comandă deghizată sub forma unei invitaţii. Este bine să se recurgă la expresii de tipul: „Lasă să se întâmple", „Va fi interesant să observi că..."

Asemenea afirmaţii asigură subiectul că decizia de a-şi explora propriile stări posibile sau de a intra într-o stare de hipnoză mai profundă îi aparţine lui însuşi. Trebuie lăsată impresia că experimentatorul are doar sarcina de a ghida, nu de a presa sau impune ceva. Sub nicio formă experimentatorul nu trebuie să blameze subiectul prin vorbe sau gesturi, pentru a obţine o experienţă satisfăcătoare în domeniul hipnozei. Pentru succesul terapiei trebuie repetat permanent: „Este bine ceea ce se întâmplă şi este exact lucrul potrivit care trebuie să vi se întâmple acum".

5.2. Hipnoterapia — psihoterapia prin intermediul relaxării

Marea majoritate a hipnoterapeuţilor sunt de părere că hipnoza nu reprezintă o formă de psihoterapie prin ea însăşi, ci o metodă auxiliară aplicabilă la mai multe tipuri de terapii, deoarece inducţia hipnotică şi adâncirea transei nu sunt suficiente pentru obţinerea modificărilor terapeutice, deşi este posibil ca aceste proceduri să funcţioneze într-o anumită măsură datorită efectului „placebo" (Gibson, 1987). Există, de asemenea, unele tulburări psihosomatice nu prea grave care se rezolvă doar cu intervenţii simple ce presupun câteva tehnici de heterohipnoză şi autohipnoză sau relaxare. Astfel, Alladin (1988) a raportat rezultate foarte bune la pacienţii cu migrenă care practicau relaxarea împreună cu terapeutul şi acasă, utilizând o casetă audio. La rândul său, Brattberg (1983) a obţinut rezultate

pozitive cu pacienţi cu tinnitus (zgomot în urechi). În aceste cazuri, elementul de bază constă în practicarea relaxării, şi nu în inducţia hipnotică.

Hipnoza, privită doar sub aspectul inducţiei şi al adâncirii transei, nu diferă în mod esenţial de alte tehnici terapeutice, cum ar fi: antrenamentul autogen, relaxarea progresivă, meditaţia, imaginaţia dirijată sau procedeele bazate pe biofeedback (Edmondston, 1981; Wagstaff, 1981; Wadden şi Anderton, 1982; Humphreys, 1984). În cazul tuturor acestor tehnici, subiectul este profund relaxat, atenţia îi este focalizată spre unele senzaţii, trăiri şi imagini interioare, se administrează sugestii de relaxare şi adâncire a relaxării, iar persoana este încurajată să adopte o atitudine pasivă, nonanalitică etc. Ceea ce deosebeşte hipnoza de metodele terapeutice asemănătoare constă în accentul deosebit pus pe sugestiile verbale şi pe imaginile menite să provoace starea modificată de conştiinţă. Aceste elemente se referă nu numai la inducerea şi adâncirea transei, ci şi la ceea ce face terapeutul după ce fazele respective au fost depăşite.

Hipnoza poate potenţa psihoterapia, deoarece sporeşte sugestibilitatea pacientului, deblochează abilităţile imaginative, ameliorează relaţia pacient-terapeut şi reduce orientarea subiectului asupra realităţii (Holroyd, 1987). Mai mult, hipnoza facilitează şi accesul la zonele inconştiente ale psihismului, unde sunt stocate informaţii legate de problemele şi simptomele actuale, permiţându-i pacientului conştientizarea unor amintiri inacceptabile sau traumatizante, a unor impulsuri şi conflicte, precum şi rezolvarea satisfăcătoare a acestora.

Atunci când ne referim la posibilele aplicaţii ale hipnozei în psihoterapie, este important să facem distincţia între terapia centrată pe rezolvarea simptomului şi terapia de profunzime, al cărei obiectiv constă în ajutarea pacientului să obţină un insight (iluminarea) în legătură cu problemele sale, permiţându-i să rezolve conflictele ascunse care se află la baza apariţiei simptomelor psihopatologice. Astfel, terapeutul poate trata o migrenă prin intermediul relaxării şi al unor tehnici de combatere a durerii sau poate explora ceea ce se află în spatele migrenei (ostilitate neexprimată), ajutându-l pe pacient să conştientizeze şi să rezolve conflictul intrapsihic.

Distincţia dintre terapia centrată pe simptom şi cea de profunzime s-a făcut ca urmare a disputelor care au avut loc între partizanii psihanalizei şi cei ai terapiei comportamentale (Eysenck, 1952). Această distincţie se realizează însă mai mult în plan teoretic,

deoarece majoritatea terapeuţilor clinicieni utilizează demersuri cu caracter eclectic, recurgând când la un tip de abordare, când la altul, în funcţie de situaţie. Mulţi hipnoterapeuţi combină abordarea centrată pe simptom cu cea exploratorie (de profunzime) la acelaşi pacient şi, uneori, chiar în cadrul aceleiaşi şedinţe de psihoterapie. Hipnoza poate fi utilizată cu succes pentru o varietate de probleme, dar în funcţie de particularităţile individuale ale pacientului, de natura simptomului, precum şi a demersului terapeutic în cadrul căruia va fi inclusă.

Gibson şi Heap (1991) prezintă o listă tulburărilor în cazul cărora se poate utiliza hipnoza:

1. Controlul anxietăţii

Hipnoza dă rezultate foarte bune în majoritatea problemelor în care obiectivul principal îl reprezintă controlul anxietăţii şi tensiunii psihice. Nu există însă date suficiente care să ateste superioritatea hipnozei faţă de tehnicile de relaxare. Terapeutul este cel care trebuie să aleagă metoda în funcţie de particularităţile pacientului şi de stilul personal de abordare terapeutică.

2. Tulburările psihosomatice

Hipnoza se utilizează cu succes şi în tratamentul tulburărilor psihosomatice, cum ar fi: migrenele, astmul bronşic, afecţiunile dermatologice şi unele tulburări digestive (de pildă, colon iritabil) sau cardiovasculare. Factorul terapeutic în cazul acestor afecţiuni ţine nu numai de relaxare, ci şi de sugestiile terapeutice care pot influenţa anumite funcţii fiziologice autonome la nivelul aparatelor cardiovascular, respirator şi gastrointestinal, reducând în acelaşi timp şi durerea sau disconfortul pacientului. În acest domeniu de aplicaţii ale hipnozei pot fi incluşi şi pacienţii care suferă de arsuri sau cei cu tulburări hemoragice, cum este, de pildă, hemofilia.

3. Procedurile medicale dureroase sau stresante

Hipnoza se utilizează şi pentru a-i ajuta pe pacienţi să facă faţă unor proceduri medicale sau stomatologice care produc anxietate, durere, disconfort şi sângerare abundentă, proceduri cum ar fi intervenţiile chirurgicale, extracţiile dentare, naşterile sau chimioterapia la pacienţii cu cancer.

4. Modificarea atitudinilor şi reacţiilor pacienţilor

Sugestiile hipnotice şi posthipnotice se utilizează şi pentru modificarea modului în care pacientul simte, gândeşte sau acţionează în

anumite situaţii. Astfel, unui fumător i se poate administra posthipnotic sugestia că, în momentul în care o ţigară îi atinge buzele, se va simţi cuprins de o puternică senzaţie de greaţă.

5. Hipnoza în terapia psihodinamică

Hipnoanaliza, o combinaţie între tehnicile hipnotice şi psihanalitice, se utilizează în tratamentul acelor tulburări psihice cauzate de unele conflicte emoţionale de natură inconştientă, precum şi de unele amintiri refulate.

6. Tulburările obsesiv-compulsive

Hipnoza s-a dovedit a fi nu doar un adjuvant în tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive, Hoogduin (1988) demonstrând experimental că pacienţii cu astfel de tulburări sunt slab hipnotizabili. Cu toate acestea, se poate apela la hipnoză pentru reducerea anxietăţii şi stoparea gândurilor negative ale subiecţilor respectivi. În acelaşi timp, unele tehnici hipnoanalitice pot fi utile în dezvăluirea conflictelor latente, de natură inconştientă, care stau la baza instalării tulburării. Hipnoterapia dă în schimb rezultate mult mai bune în cazul tulburărilor fobice: fobii simple, agorafobie şi fobie socială. În cazul fobiilor, hipnoza trebuie să se aplice în combinaţie cu tehnici cognitive şi comportamentale de desensibilizare. Spre deosebire de obsesionali, pacienţii fobici au un scor ridicat de susceptibilitate hipnotică (Frankel şi Ome, 1976).

7. Hipnoza în depresii

Pacienţii depresivi pun probleme deosebite terapeuţilor de orice orientare (Storr, 1979; Gilbert, 1984). Pe aceeaşi poziţie se situează Harllance (1971), care susţine că hipnoza este contraindicată în cazul depresivilor cu potenţial suicidar. Această precauţie porneşte de la premisa că hipnoza poate precipita reacţiile suicidare ale clientului, deoarece îi modifică starea emoţională, conferindu-i suficientă energie pentru a-şi duce la îndeplinire intenţiile autodistructive. Heap (1984/b) descrie cazul unui pacient depresiv care, după 11 şedinţe de hipnoză cu sugestii de întărire a eului, a comis o tentativă serioasă de suicid.

Pacienţii depresivi sunt subiecţi dificili pentru hipnoză şi din cauza incapacităţii lor de a-şi concentra atenţia, fapt ce îngreunează inducerea transei. Mai mult, în urma aplicării tehnicilor hipnoanalitice de dezvăluire a conţinuturilor psihotraumatizante de natură inconştientă, pacientul se confruntă cu experienţe dezagreabile care îi vor accentua şi mai mult starea depresivă. În pofida acestor

dificultăţi, hipnoza a început să fie aplicată cu rezultate mai bune la pacienţii depresivi, în combinaţie cu metodele terapiei cognitive. Psihoterapeutul care lucrează cu astfel de cazuri trebuie să aibă în vedere şi faptul că pacientul poate suferi de o tulburare afectivă unipolară depresivă sau bipolară, situaţie în care este absolut necesară administrarea unui tratament psihiatric adecvat înainte de începerea oricărei psihoterapii.

8. Hipnoza la pacienţii psihotici

Majoritatea autorilor sunt de părere că hipnoza este contraindicată la psihotici, şi aceasta din următoarele motive:

— este dificil, dacă nu imposibil, să se stabilească o relaţie cu pacientul psihotic, cufundat în lumea sa imaginară;

— psihoticii au, din aceleaşi considerente, mari dificultăţi de concentrare a atenţiei;

— tehnicile imaginative specifice hipnoterapiei pot conduce la exacerbarea ideilor delirante şi a halucinaţiilor.

9. Tulburările de personalitate

Observaţiile clinice şi studiile experimentale au condus la concluzia că subiecţii cu personalitate sociopatică nu răspund bine la niciun fel de psihoterapie şi, prin urmare, nici la hipnoză. Aceşti subiecţi prezintă o structurare dizarmonică a personalităţii, nu se consideră bolnavi şi nu solicită ajutorul altor persoane, ei fiind convinşi că ceilalţi sau condiţiile neprielnice ale mediului reprezintă factori responsabili de problemele lor.

10. Tulburările disociative

Unele studii nord-americane au evidenţiat eficienţa hipnozei în terapia unor tulburări disociative cum ar fi, de pildă, personalităţile multiple (Braun, 1984/b; Gonenwall, 1984). Subliniem încă o dată faptul că hipnoza nu reprezintă o terapie în sine, ci un element în cadrul unor demersuri terapeutice mai complexe, de tip comportamental, cognitiv sau analitic, aceasta contribuind la potenţarea tehnicilor specifice respectivelor sisteme terapeutice.

Pentru ca inducţia hipnotică să fie încununată de succes, este foarte important contextul în care se desfăşoară şedinţa de hipnoză. Astfel, subiectul va avea expectaţii diferite dacă se va supune inducţiei hipnotice pe scenă (hipnoză de estradă), într-un cabinet de psihoterapie sau într-un laborator de psihologie experimentală. Expectaţiile sale vor fi diferite în ceea ce priveşte acţiunea hipnotizatorului,

propriile trăiri şi experienţe, precum şi sub raportul relaţiei cu cel care induce hipnoza. Din acest motiv, terapeutul trebuie să manevreze situaţia clinică, astfel încât să obţină cât mai mult succes în aplicarea tehnicii sale, creându-i pacientului expectaţii care să maximizeze receptivitatea la sugestii. O atmosferă caldă, apropiată, bazată pe încredere reciprocă este absolut necesară pentru hipnoterapie. În unele cazuri, pacientul este cel care solicită hipnoza, în timp ce în altele, terapeutul sugerează că ar fi necesară o astfel de intervenţie. Există şi situaţii când decizia de utilizare a hipnozei va fi luată pe parcursul desfăşurării unei terapii, cum ar fi, de pildă, cea cognitiv-comportamentală.

Indiferent în care dintre situaţii ne aflăm, terapeutul trebuie să exploreze expectaţiile clientului său în legătură cu hipnoza. Astfel, este bine să fie întrebat dacă a avut vreo experienţă de acest tip, pentru a-i surprinde atitudinile şi opiniile referitoare la aceasta. O atenţie deosebită trebuie acordată anxietăţilor pacientului, anxietăţi care trebuie reduse într-o manieră blândă şi securizantă. Un aspect important al pregătirii pentru inducţia hipnotică îl reprezintă crearea unei stări de relaxare fizică şi psihică şi direcţionarea atenţiei subiectului dinspre stimulii exteriori către experienţe de natură internă: sentimente, amintiri, imagini etc. Starea de relaxare se poate obţine prin utilizarea unei voci monotone, prin intermediul căreia terapeutul îi va descrie pacientului experienţele pe care le va trăi în timpul hipnozei.

Este util să se amintească unele lucruri legate de transele spontane, specifice vieţii cotidiene. Într-un anumit moment al discursului, pacientul va fi solicitat să închidă ochii pentru a se concentra mai bine asupra experienţelor interne. Este utilă şi tehnica prin care i se cere subiectului să fixeze un punct aflat undeva sus, fapt ce solicită încordarea musculaturii globilor oculari, contribuind apoi la realizarea senzaţiei de greutate în pleoape, urmată de închiderea ochilor. Există mai multe tehnici de inducţie hipnotică, toate având însă drept scop relaxarea subiectului şi focalizarea atenţiei spre interior.

Hipnoterapia poate deci să îmbrace trei forme: a) terapie centrată pe simptom (are ca obiectiv eliminarea simptomului); b) psihoterapie analitică — hipnoanaliza (combinaţie a hipnozei cu psihanaliza); c) sisteme de psihoterapie în care hipnoza se combină cu foarte multe tehnici de psihoterapie scurtă de orientare comportamentală şi experienţială. În plus, hipnoza poate fi aplicată şi în susţinerea

oricărui pacient cu afecţiuni organice, fiind utilă în reducerea anxietăţii. Se consideră exagerată ideea că înlăturarea simptomului determină o substituţie de simptom. Mai trebuie să se ţină seama de următorul fapt: cu cât nevoia pacientului de a avea simptomul este mai mare (este vorba de un mecanism de apărare al eului), cu atât mai rezistent va fi pacientul la psihoterapie. Deci pacientul trebuie să facă faţă simptomului său şi să nu recidiveze sub acţiunea unui nou stres.

Prevenirea şi controlul efectelor negative ale hipnoterapiei

De mai bine de o jumătate de secol s-a vorbit de aşa-zisele efecte negative ale hipnozei, efecte care fie împiedică intrarea în hipnoză, fie constau în apariţia unor simptome secundare acesteia. Se pune adesea întrebarea dacă practicarea hipnozei este periculoasă pentru pacient.

Bellet (2002, p. 231) este de părere că hipnoza în sine nu prezintă nici pericole, nici virtuţi. Posibilele pericole derivă din intenţiile celor care o aplică, fapt valabil pentru oricare altă tehnică psihologică bazată pe relaţii interpersonale, şi ţin de nerespectarea indicaţiilor nosografice ale hipnozei. Singurul risc constă în aplicarea hipnozei de către un terapeut incompetent care nu are cunoştinţe de medicină, psihopatologie şi psihiatrie, situaţie în care hipnoterapia nu îşi atinge scopul. Practica clinică a evidenţiat faptul că decompensările grave survenite în urma hipnozei pot fi numărate pe degete. Chiar şi în aceste cazuri a fost vorba probabil despre un potenţial psihotic preexistent care nu a fost remarcat de către terapeut şi care ar fi putut să se manifeste oricum şi în alte circumstanţe.

Bellet (2002) prezintă câteva contraindicaţii ale hipnozei, contraindicaţii dintre care majoritatea au un caracter relativ. Trebuie eliminaţi subiecţii care prezintă următoarele probleme:

— deficienţii mental şi cei cu demenţe, care nu înţeleg ce anume li se cere;

— solicitările nerealiste venite din partea unor subiecţi care vor să fie regresaţi în „vieţile anterioare" sau să verifice fidelitatea partenerilor;

— pacienţii cu schizofrenie paranoidă sau paranoia (mai ales cei cu idei de influenţă exterioară).

După părerea noastră, trebuie eliminaţi şi pacienţii cu epilepsie (care nu urmează tratament anticonvulsivant), în cazul cărora fixarea privirii ar putea declanşa o criză.

Autorul subliniază faptul că unii pacienţi psihotici, precum şi cei de tip „borderline" pot beneficia de hipnoză cu condiţia ca terapeutul să fie medic psihiatru şi să poată aprecia corect oportunitatea aplicării metodei.

Sugestibilitate şi memorie (Yapko, 1995)

Să presupunem că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru coşmaruri, tulburări ale conduitei alimentare şi dificultăţi de relaţionare cu sexul opus. Aceasta nu ştie de unde îi vin simptomele, dar terapeutul îi sugerează faptul că ar fi putut fi abuzată sexual în copilărie şi că şi-a refulat amintirile. Prin intermediul regresiei hipnotice, cu vizualizare şi imaginaţie dirijată, pacienta îşi aminteşte ce anume i s-a întâmplat, fiind de acord cu ideea că a fost agresată sexual în copilărie. Se pune problema dacă respectivul abuz chiar a avut loc sau a fost „fabricat" fără intenţie de către pacientă, pentru a se conforma expectaţiilor şi sugestiilor terapeutului. Astfel de situaţii au condus la o serie de controverse în domeniul hipnoterapiei.

Unii terapeuţi sunt de părere că existenţa unor psihotraume timpurii poate fi diagnosticată pe baza unor simptome (Blume, 1990: Fredrickson, 1992) şi că tratamentul trebuie să implice identificarea amintirilor refulate şi procesarea lor terapeutică, pentru a elibera pacientul de problemele sale. Aceşti specialişti consideră şi că autorii abuzurilor invocă drept argument, pentru a scăpa de responsabilitatea faptelor lor, problema falselor amintiri. Mai mult, ei sunt de părere că amintirile respective sunt adevărate şi trebuie recunoscute ca atare pentru succesul terapiei.

Alţi clinicieni sunt sceptici în ceea ce priveşte posibilitatea de a diagnostica exact amintirile refulate ale unor experienţe traumatice pe baza unui set de simptome care ar putea avea şi o altă explicaţie (Ganaway, 1991; Loftus, 1993). De altfel, conţinuturile psihice refulate nu pot fi identificate direct, ci doar deduse. Aceşti cercetători

consideră că, prin sugerarea ideii că pacientul a fost abuzat, el poate fi influenţat intenţionat sau neintenţionat să creadă că acel eveniment chiar s-a produs. Acest lucru ar putea avea drept consecinţă acuzarea unor persoane nevinovate.

O serie de studii (Orne, 1979; Laurance şi Perry, 1983; Sheehan, Statham şi Jamieson, 1991; Lynn, Milano şi Weeks, 1992; Loftus, 1993) au condus la concluzia că memoria este mai curând reconstructivă decât reproductivă, acurateţea amintirilor putând fi influenţată de o serie de factori, printre care se numără sugestia şi dezinformarea. De asemenea, refularea reprezintă un fenomen complex, influenţa acestuia asupra memoriei nefiind pe deplin elucidată (Loftus şi Yapko, 1995). Astfel, nu se ştie exact în ce măsură refularea reduce acurateţea amintirilor şi în ce măsură procedeele hipnotice influenţează amintirile respective. Din cauza acestui fapt, falsele amintiri pot fi acceptate ca adevărate doar datorită ideilor preconcepute ale terapeuţilor (Scheflin şi Shapiro, 1989).

Yapko (1995) este de părere că psihoterapeutul nu trebuie să tragă o concluzie pripită că a avut loc un abuz în copilărie doar pentru că această ipoteză i se pare plauzibilă, simptomele neputând fi considerate probe pentru dovedirea abuzului. În cazul în care clientul nu menţionează nimic în legătură cu un posibil abuz, terapeutul trebuie să fie atent să nu i-l sugereze. Uneori, terapeutul are motive întemeiate să suspecteze existenţa unui abuz şi să considere că pacientul său trebuie informat în legătură cu opinia sa. Dacă acesta manifestă rezistenţă, nedorind să discute problema respectivă, terapeutul nu trebuie să „patologizeze" situaţia interpretând-o ca pe un fenomen de negare. Dimpotrivă, este necesar să creeze o astfel de atmosferă, încât să-i lase clientului posibilitatea să decidă dacă problema respectivă trebuie să fie abordată sau nu.

Terapeutul nu trebuie să conchidă în mod automat că, dacă un subiect nu-şi aminteşte decât puţine lucruri din copilărie, acesta prezintă amintiri psihotraumatizante refulate, pentru că există indivizi orientaţi predominant spre prezent sau viitor şi care nu acordă prea multă importanţă evenimentelor din trecut. De asemenea, cercetările de psihologie cognitivă au evidenţiat faptul că, înainte de vârsta de 2 ani, copiii nu au formată structura mentală capabilă să înregistreze amintiri cu caracter coerent.

Terapeutul nu trebuie să aducă în discuţie problematica abuzului decât într-un context terapeutic precis delimitat şi nici nu trebuie să-i

adreseze clientului întrebări sugestive de tipul: „Când s-a abuzat de tine?" sau „Cum a procedat persoana care a abuzat de tine?" etc. Întrebările care trebuie adresate sunt: „Ce vârstă aveai atunci?"; „Unde te aflai?"; „Ce s-a petrecut atunci?"; „Cine a mai fost de faţă?"; „Ce s-a spus în timpul conversaţiei cu persoana X?" etc. Chiar şi în cazul în care a fost identificată o situaţie reală de abuz, terapeutul ar da dovadă de lipsă de responsabilitate dacă l-ar influenţa pe client să-şi părăsească familia. O astfel de decizie trebuie să-i aparţină în primul rând pacientului. Mai mult, dezgroparea cu orice preţ a amintirilor psihotraumatizante trecute şi procesarea lor automată nu se potrivesc pentru toţi pacienţii. Rememorările prea frecvente ale unor evenimente psihotraumatizante îi pot determina pe unii pacienţi să se simtă mai rău atunci când sunt confruntaţi cu experienţe cărora nu le pot face faţă. Din acest motiv, o abordare menită să stimuleze activarea resurselor adaptative ale clientului, fiind mai puţin centrată pe procesările materialului mnezic, are mai multe şanse să fie încununată de succes.

Problematica rezistenţelor

Yapko (1995) consideră că rezistenţele reprezintă mai curând o modalitate prin intermediul căreia clientul îi comunică terapeutului propriile limitări în ceea ce priveşte modul său de a vedea lumea. Mai precis, rezistenţa nu reprezintă o limită a clientului, ci un mod în care acesta comunică ceea ce poate sau nu să realizeze. Acest mod de a vedea problema nu mai conduce la culpabilizarea clientului, despre care primii psihanalişti credeau că sabotează în mod inconştient psihoterapia.

În cazul hipnoterapiei, manifestarea rezistenţelor poate exprima faptul că subiectul decide să nu răspundă la sugestii pentru că acestea nu se potrivesc experienţei sale sau pot chiar să o contrazică. Rezistenţele pot să apară la inducţia hipnotică sau la progresul terapiei (Brown şi Fromm; Erickson şi Rossi, 1979; Grinder şi Bandler, 1981; Yapko, 1984).

Rezistenţele la inducţia hipnotică pot avea cauze multiple, dintre care menţionăm (Yapko, 1995):

— teama legată de ce se va întâmpla în timpul hipnozei, teamă care se poate manifesta la persoanele care nu sunt suficient de bine informate în legătură cu fenomenul hipnotic;

— experienţele anterioare negative sau eşecurile pe care le-au trăit subiectul ori persoane semnificative pentru acesta în urma practicării hipnozei;

— stările afective negative induse subiectului de către clinician;

— variabile ce ţin de context: ambianţă, starea de sănătate a subiectului etc.;

— tipul şi forma sugestiilor;

— neconcordanţa dintre sugestiile administrate de terapeut şi expectaţiile clientului.

Rezistenţele faţă de programul terapiei pot avea, la rândul lor, mai multe cauze:

— conflictele intrapsihice ale subiectului, mai ales ambivalenţa în ceea ce priveşte dorinţa de vindecare;

— strategiile şi tehnicile terapeutice sunt considerate inacceptabile de către client;

— ritmul în care se desfăşoară interviurile terapeutice (un ritm prea rapid sau prea lent poate conduce la rezistenţe);

— relaţia transferenţială: sentimentele negative faţă de terapeut sau, dimpotrivă, idealizarea acestuia poate impieta asupra progresului terapiei;

— variabile sau factori ce ţin de context.

Strategia de abordare a rezistenţelor ţine de modul în care acestea sunt definite de către terapeut. Bandler şi Grinder (1979) sunt de părere că rezistenţele nu există în realitate; există doar terapeuţi slab pregătiţi.

În hipnoterapia ericksoniană, rezistenţele sunt acceptate şi utilizate. Terapeutul va accepta rezistenţele ca pe o formă de comunicare din partea clientului şi va încerca să găsească o modalitate de a utiliza răspunsul acestuia pentru potenţarea sugestiilor viitoare. Astfel, manifestarea rezistenţelor se va transforma într-un comportament de cooperare (în cazul în care terapeutul va defini tot ceea ce face clientul în termenii cooperării, rezistenţele nu-şi vor mai avea rostul). A răspunde rezistenţelor clientului într-o manieră care presupune acceptare şi nu confruntare necesită o mare flexibilitate din partea terapeutului, care se va adapta realităţii clientului său, în loc să-l solicite pe acesta din urmă să o accepte pe a sa.

Reacţii neprevăzute faţă de hipnoză

Aşa cum am mai subliniat, hipnoza în sine nu prezintă niciun fel de pericol. Eventualele probleme care pot să apară în urma utilizării ei ţin de asocierile care se produc între diversele elemente ale comunicării ce are loc în timpul hipnozei: relaţia terapeut–client, stilul de comunicare, conţinutul sugestiilor, variabilele ce ţin de context, precum şi comunicarea intrapersonală (între diversele instanţe ale personalităţii clientului).

Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre aceste probleme (Yapko, 1995).

1. Substituţia de simptom

Se referă la apariţia unui alt simptom, nu neapărat mai grav, după înlăturarea celui vechi prin intermediul hipnozei. Pentru a aduce hipnozei o asemenea acuză, ea trebuie considerată doar ca terapie centrată pe simptom, în opoziţie cu terapiile dinamice de profunzime care postulează faptul că energia psihică specifică unor conflicte interne se va redirecţiona spre un alt simptom, atâta timp cât conflictele intrapsihice nu sunt rezolvate. Asemenea obiecţii se pot formula la adresa oricărei psihoterapii scurte de orientare comportamentală sau cognitiv-comportamentală şi chiar a tratamentului medicamentos. Hipnoza poate fi utilizată ca terapie centrată pe simptom (sugestii directe de înlăturare a simptomului), dar aceasta va fi mult mai eficientă dacă se va înţelege semnificaţia psihologică profundă a simptomului. Acest lucru presupune însă o pregătire mult mai aprofundată a hipnoterapeutului.

2. Imposibilitatea de a anula efectele sugestiilor

Unele persoane se tem ca nu cumva terapeutul să uite să anuleze sugestiile administrate, acestea având consecinţe şi după încheierea transei. Răspunzând la această obiecţie, Yapko (1995) susţine că reacţiile subiectului hipnotizat au un caracter situaţional, ele funcţionând doar pe perioada când persoana se află în hipnoză. Aceste reacţii nu vor fi prelungite în starea de veghe decât dacă se administrează sugestii exprese în acest sens.

Reamintim faptul că obiectivul hipnoterapiei îl reprezintă, printre altele, utilizarea unor sugestii posthipnotice care să permită generalizarea experienţelor acumulate în hipnoză şi în alte situaţii de

viaţă. Efectele sugestiilor administrate în stare de hipnoză, care nu sunt posthipnotice, vor dispărea în mod spontan odată cu ieşirea din transă. Dacă totuşi clientul continuă să trăiască anumite stări specifice hipnozei şi după încheierea şedinţei, înseamnă că acesta şi-a administrat singur, dintr-un motiv sau altul, o autosugestie posthipnotică. În acest caz, terapeutul va reinduce hipnoza şi va anula sugestia respectivă.

3. Regresia spontană şi fenomenele de abreacţie (descărcare emoţională)

Regresia spontană presupune retrăirea unor experienţe trecute, experienţe care au fost refulate, iar abreacţia reprezintă apariţia unei reacţii emoţionale puternice la retrăirea amintirilor respective. Apariţia regresiei spontane este un semn că subiectul are o serie de conflicte intrapsihice nerezolvate. Uneori, refularea unor experienţe psihotraumatizante este atât de puternică, încât acestea rămân în afara conştiinţei chiar în timpul hipnozei; subiectul are amnezia celor petrecute şi poate prezenta la ieşirea din hipnoză dureri de cap, ameţeli sau alte simptome minore, deranjante.

Unii terapeuţi stimulează aceste descărcări în scopuri terapeutice; în alte cazuri ele se manifestă, aşa cum am mai subliniat, în mod spontan. Abreacţiile pot îmbrăca diverse forme: plâns, tremor, respiraţie accelerată, convulsii de tip isteric, ieşire bruscă din hipnoză şi chiar halucinaţii şi idei delirante. Aceste fenomene trebuie abordate cu blândeţe, într-un mod suportiv. Terapeutul va solicita clientul pe un ton calm să-şi descrie experienţele, să permită ca descărcarea emoţională să aibă loc, să accepte şi să utilizeze reacţiile manifestate şi să-l ajute să-şi schimbe perspectiva, în ideea că trecutul nu poate fi modificat, ci doar atitudinea faţă de acesta.

Este indicată administrarea unor sugestii de liniştire, pe un ton blând, care să inspire încredere. Chiar dacă timpul acordat clientului s-a scurs, acesta va mai fi menţinut în cabinet până când se va simţi complet restabilit. Deşi efectele negative ale hipnozei au fost mult exagerate de literatura dornică de senzaţional, există totuşi unele situaţii clinice care solicită din partea terapeutului un grad sporit de vigilenţă. Cunoaşterea acestor situaţii îi va permite terapeutului să controleze reacţiile subiecţilor, intervenind cu calm şi într-o manieră încurajatoare, ori de câte ori apare vreo problemă pe parcursul terapiei.

Frauman, Lynn şi Brentar (1993) prezintă aceste situaţii de care trebuie să ţină seama terapeutul specializat în hipnoterapie.

I. Prezenţa în antecedentele subiecţilor a unor reacţii de tip disociativ. Un pacient care prezintă în antecedente experienţe neobişnuite, consecutive utilizării unor anestezice sau analgezice, sau episoade disociative de orice tip (depersonalizare, derealizare, fugă isterică) necesită o atenţie specială din partea terapeutului, deoarece el poate avea experienţe confuze referitoare la relaxare sau la modificările perceptive care apar în cursul hipnozei şi care îi pot aminti de reacţiile adverse trăite în timpul anesteziei. Discontinuităţile din cadrul fluxului asociaţiilor mentale, sentimentele de irealitate şi stimularea trăirilor imaginative specifice relaxării şi hipnozei pot conduce la exacerbarea reacţiilor disociative la indivizii predispuşi, ceea ce poate să le sporească anxietatea. În acelaşi timp, un hipnoterapeut începător poate deveni la rândul său anxios, având sentimentul că nu ţine lucrurile sub control.

II. Pacienţii care prezintă un risc de decompensare psihotică, cei cu trăsături paranoide de personalitate, care suferă de teama morbidă de a nu fi influenţaţi sau controlaţi, precum şi cei cu structură de tip „borderline", ce pot trăi hipnoza ca pe o experienţă bruscă, intruzivă şi nedorită, care le violează intimitatea, nu sunt subiecţi potriviţi pentru hipnoză. Aceştia pot interpreta greşit fenomenul hipnotic sau intenţiile hipnoterapeutului, ceea ce contribuie uneori la exacerbarea simptomelor. Astfel, ei pot să manifeste în timpul hipnozei fenomene de tip halucinator sau să dezvolte idei delirante de prejudiciu ori influenţă exterioară.

III. Transferul negativ

Experienţele timpurii pe care le-au avut unii pacienţi cu părinţii sau alte figuri investite cu autoritate îi predispun să-l privească pe hipnoterapeut cu neîncredere, supărare sau teamă. La aceste manifestări contribuie şi aspectele culturale care îl înconjoară pe hipnotizator cu o aureolă de mister, autoritate şi putere, fapt ce poate accentua reacţia negativă a subiectului (Fromm, 1980) faţă de o situaţie care presupune dominaţie şi control din partea altcuiva. În astfel de cazuri, subiectul nu mai este suficient de implicat în hipnoză, pe care o poate considera o experienţă negativă.

IV. Prejudecăţile legate de hipnoză

Aceste prejudecăţi pot submina încrederea subiectului în hipnoterapeut, împiedicându-l să se abandoneze experienţei hipnotice. Ideile preconcepute cu privire la hipnoză sunt cauzate în mare măsură de hipnoza de estradă sau de emisiunile din mass-media

care caută senzaţionalul. Cele mai frecvente prejudecăţi sunt următoarele (Yapko, 1995):

1. Hipnoza se datorează forţei degajate de hipnotizator.

Hipnoterapeutul îşi poate utiliza abilităţile de comunicare pentru a-l influenţa pe pacient prin intermediul sugestiilor, îi poate ghida experienţele subiective, dar numai în măsura în care clientul permite acest lucru, în cadrul unei relaţii de colaborare.

2. Numai anumite persoane pot fi hipnotizate.

Observaţiile clinice au demonstrat faptul că există persoane la care hipnoza este mai uşor de indus decât la altele. Acestea din urmă sunt mai puţin receptive din următoarele motive: se tem de pierderea autocontrolului, trec brusc de la stări de relaxare la stări de încordare, au dificultăţi de a se relaxa, sunt excesiv de atente la stimulii ambianţei etc. Atunci când natura rezistenţei la hipnoză este identificată şi rezolvată, un pacient „dificil" se poate transforma într-un bun subiect pentru hipnoză (Barber, 1980; Araoz, 1985).

3. Persoanele hipnotizabile se caracterizează prin voinţă slabă.

Hipnotizabilitatea nu se corelează în mod special cu anumite particularităţi ale personalităţii. Practic, orice om poate intra în mod spontan în stări de transă hipnotică. Prejudecata legată de lipsa de voinţă a subiectului ţine de imaginea, devenită aproape tradiţională, a hipnotizatorului ca o persoană care exercită un control asupra altcuiva (Weitzenhoffer, 1989).

4. Odată hipnotizată, persoana va rămâne pentru totdeauna sub controlul hipnotizatorului.

Procesul hipnotic are la bază interacţiunea dintre pacient şi terapeut cu scopul de a atinge anumite obiective dezirabile. În cazul în care pacientul decide să nu mai intre în hipnoză dintr-un motiv sau altul, el este liber să nu o facă, natura fenomenului hipnotic fiind determinată contextual. Experienţele anterioare avute cu hipnoza, relaţia cu terapeutul, dar şi contextul particular în care se desfăşoară aceasta reprezintă variabile care vor influenţa decizia subiectului de a intra sau nu în hipnoză.

5. O persoană hipnotizată va spune sau va întreprinde ceva împotriva voinţei sale.

Aceasta reprezintă poate cea mai controversată problemă legată de hipnoză. Este cunoscut faptul că există posibilitatea de a manipula oamenii, obligându-i să facă anumite lucruri împotriva voinţei lor, cum ar fi, de pildă, fenomenul de „spălare a creierului". Cu toate

acestea, contextul psihoterapeutic nu favorizează astfel de fenomene, pentru că pune un accent deosebit pe normele etice.

6. A fi hipnotizat este periculos pentru sănătate.

Hipnoza în sine nu reprezintă niciun pericol pentru nimeni, dar există hipnotizatori incompetenţi sau lipsiţi de scrupule care pot aduce unele prejudicii subiectului din ignoranţă sau lipsă de respect pentru integritatea fiinţei umane (Mac Hovec, 1986; Kleinhauz şi Eli, 1987; Frauman, Lynn şi Brentar, 1993). Tulburările emoţionale pot să apară nu din cauza hipnozei, ci a conţinutului sugestiilor sau a incapacităţii terapeutului de a ghida corect pacientul. Acelaşi fenomen se poate petrece însă şi în cazul oricărei alte relaţii de ajutorare psihologică, în cadrul căreia terapeutul poate oferi sfaturi neadecvate, îl poate dezinforma (desigur, fără voie) pe pacient, poate face promisiuni fără acoperire, poate comite erori de diagnostic sau pur şi simplu îl poate face pe pacient să-şi irosească timpul şi banii.

Corect practicată, hipnoza poate contribui la creşterea autocontrolului, a încrederii în sine a pacientului, la rezolvarea unor conflicte de natură emoţională, precum şi la crearea unei stări de bine psihologic.

7. Subiectul va deveni dependent de hipnoterapeut.

Hipnoza, ca instrument terapeutic, nu creează o dependenţă mai mare decât o terapie cognitiv-comportamentală, analitică sau chiar decât aplicarea unor teste psihologice. Dependenţa reprezintă o nevoie pe care o are orice fiinţă umană într-o anumită măsură. Persoanele cu probleme psihologice, care solicită ajutor, au un grad mai mare de dependenţă faţă de alţi oameni, scopul terapiei fiind tocmai recâştigarea autonomiei şi încrederii în sine. Într-o măsură mai mare decât tehnicile terapeutice care încurajează pacientul să privească terapeutul ca pe o sursă de răspunsuri, hipnoza utilizată corect îl poate ajuta pe pacient să se orienteze spre interior şi să-şi valorifice propriile disponibilităţile latente. Persoanele care practică autohipnoza îşi vor dezvolta mecanisme de autoreglare psihică şi, în consecinţă, vor avea un autocontrol mai bun asupra propriei lor existenţe.

8. Persoana hipnotizată nu mai poate ieşi din hipnoză.

Hipnoza reprezintă o stare de concentrare a atenţiei către interior sau exterior, focalizare ce poate fi întreruptă de client, care poate iniţia sau încheia respectiva experienţă oricând doreşte (Watkins, 1986; Kirsch, Lynn şi Rhue, 1993).

9. În timpul hipnozei, persoana este adormită sau se află într-o stare de inconştienţă.

Studiile au demonstrat faptul că hipnoza nu este echivalentă cu somnul. Aparent, subiectul hipnotizat după tehnici tradiţionale poate aminti de o persoană adormită (absenţa activităţii motorii, relaxare musculară, respiraţie încetinită), dar sub aspect psihologic persoana se află într-o stare de veghe relaxată, fiind conştientă de ceea ce se întâmplă în jur chiar şi atunci când transa este mai profundă (Weitzenhoffer, 1989). În cazul transei spontane, gradul de conştientizare a stimulilor ambianţei este şi mai ridicat, mai ales datorită faptului că relaxarea musculară nu este obligatorie. Un argument în favoarea ipotezei că hipnoza nu înseamnă somn este furnizat şi de tiparul electroencefalografic, care este unul de veghe relaxată: unde cerebrale alfa. Ţinând seama de faptul că şi în hipnoză profundă subiectul este într-o oarecare măsură conştient de stimulii exteriori, nu se recomandă ca terapeutul să sugereze ideea de somn.

10. Hipnoza nu trebuie neapărat indusă cu ajutorul unui ritual standardizat, fenomene de acest tip putând să apară şi în afara inducţiei propriu-zise. Înţeleasă în contextul unei relaţii de comunicare, transa se instalează în cazul în care atenţia subiectului este focalizată pe stările emoţionale sau pe ideile sugerate de terapeut. Atâta timp cât atenţia acestuia este orientată spre interior sau spre stimuli exteriori care, la rândul lor, declanşează trăiri subiective, persoana se află mai mult sau mai puţin în hipnoză.

11. Persoana hipnotizată trebuie să fie în mod obligatoriu relaxată.

Deoarece hipnoza presupune concentrarea atenţiei, aceasta poate să apară în mod spontan şi atunci când subiectul conversează, citeşte sau în orice altă situaţie când acesta este concentrat. Subiectul aflat în transă poate trăi stări de anxietate sau poate desfăşura o activitate motorie, relaxarea fizică nefiind o condiţie obligatorie pentru hipnoză (Malott, 1984; Banyai, Zseni şi Tury, 1993).

12. Hipnoza reprezintă o psihoterapie.

Hipnoza nu este o terapie, ci un instrument terapeutic ce poate fi utilizat în foarte multe feluri. Hipnoterapeutul nu trebuie să se bazeze neapărat pe o anumită concepţie teoretică sau să aibă o anumită orientare practică. Hipnoza, în sens larg, reprezintă o componentă a oricărui demers psihoterapeutic în cadrul căruia o persoană se angajează în demersul de influenţare a altei persoane (Lankton, 1982; Kirsch, Lynn şi Rhue, 1993).

13. Hipnoza poate fi utilizată pentru ca subiectul să-şi amintească exact toate experienţele trăite.

Unii specialişti au comparat psihicul uman cu un calculator în care fiecare informaţie este stocată cu precizie şi poate fi oricând accesată. Yapko (1995) consideră că metafora calculatorului nu se potriveşte minţii omeneşti, pentru că psihicul nu înregistrează şi nu stochează experienţele pentru a fi reproduse cu exactitate. Mai precis, informaţiile sunt stocate în acelaşi mod cu percepţiile şi pot fi distorsionate la fel ca acestea. Oamenii îşi pot „aminti" lucruri care nu s-au petrecut niciodată, îşi pot aminti fragmente de experienţe, pot combina elemente specifice mai multor tipuri de informaţii pe care le transformă în „false amintiri" (Orne, 1984; McConkey, 1992; Yapko, 1994).

14. Experienţe negative de dată recentă.

Uneori, reacţiile negative ale unor persoane faţă de hipnoză îşi au originea în experienţele negative pe care acestea le-au avut cu un hipnoterapeut (Orne, 1965). În astfel de cazuri este indicată o discuţie sinceră şi deschisă cu clientul, noul terapeut căutând să corecteze pe cât posibil ceea ce s-a petrecut înainte.

15. Sugestiile administrate pot reactiva o reacţie emoţională neaşteptată.

Sugestiile hipnotice pot activa anxietăţi, conflicte, amintiri dezagreabile, dând posibilitatea exprimării unor afecte refulate (Fromm, 1980). Adesea, sugestiile pentru obţinerea regresiei de vârstă sau cele legate de visele hipnotice pot activa elemente importante din zonele inconştiente ale psihismului subiectului, fapt ce poate declanşa abreacţii (descărcări emoţionale) puternice. Astfel, o pacientă căreia i s-a sugerat să regreseze până la vârsta de 8 ani a început să plângă în hohote şi să respire cu dificultate. Pradă unei emoţii puternice, ea a descris modul în care a fost agresată sexual de un vecin în vârstă de 16 ani.

Lynn (1993) relatează cazul unui participant la un grup de învăţare a autohipnozei care a intrat în panică şi a părăsit încăperea atunci când i s-a cerut să-şi concentreze atenţia asupra gândurilor sale. Pacientul s-a dovedit a fi un obsesional care lupta din răsputeri cu gândul absurd că îşi va sugruma logodnica. Peste puţin timp, subiectul în cauză a acceptat faptul că are nevoie de tratament psihiatric.

16. Sugestii dificile sau inadecvate.

Sugestiile implică solicitări diferite din partea subiecţilor sub aspect cognitiv, perceptiv, emoţional sau motric. Există sugestii motorii simple, cum ar fi, de pildă, testul levitaţiei braţului, care pot fi realizate de majoritatea subiecţilor hipnotizaţi. Dimpotrivă, sugestiile care implică realizarea unor acţiuni posthipnotice, regresia de vârstă sau experienţele de părăsire a corpului sunt urmate de maximum 50% dintre subiecţi. Eşecul în îndeplinirea sugestiilor respective poate trezi la subiecţi sentimente de neadecvare, anxietate sau depresie (Lynn şi Hammel, 3 987). Mai mult, sugestiile care presupun experienţe perceptive modificate (iluzii, halucinaţii) pot genera stări afective negative chiar dacă subiectul reacţionează la ele (Nash *et.al.*, 1984).

17. Sugestiile directe de reducere a simptomelor.

Deoarece simptomele reprezintă mecanisme adaptative, care implică beneficii secundare (avantaje) neconştientizate, sugerarea directă şi în forţă a abandonării simptomelor poate produce la subiect un conflict puternic între tendinţa de a urma indicaţia hipnoterapeutului şi aceea de a renunţa la o strategie psihologică utilă, cel puţin pe termen scurt (Fromm, 1980).

18. Contratransferul.

Orne (1965) sublinia faptul că natura directivă a hipnoterapeutului poate să accentueze apariţia fenomenelor de contratransfer specifice oricărei psihoterapii. Acţionând ca un hipnotizator, hipnoterapeutului îi vine mult mai greu să păstreze distanţa terapeutică necesară şi, de multe ori, utilizarea hipnozei serveşte mai mult intereselor terapeutului, decât ale pacientului.

19. Insuficienta pregătire a terapeutului

Hipnotizatorii care nu au suficientă experienţă şi pregătire în domeniul evaluării psihologice, psihoterapiei, psihopatologiei şi psihiatriei sunt mult mai vulnerabili la „efectele negative" ale hipnozei, pe care nu le pot anticipa şi controla suficient.

Modalităţile de limitare a efectelor negative ale hipnozei (Frauman, Lynn, Brentar, 1993)

1. Crearea unei alianţe terapeutice solide

O alianţă terapeutică puternică reprezintă una dintre cele mai importante metode de contracarare a efectelor negative ale hipnozei. Pentru terapeut, aceasta înseamnă grijă pentru pacientul său, respect faţă de acesta, autoevaluare onestă, conştientizarea limitelor şi a efectelor competenţei sale şi evaluarea continuă a rezultatelor contratransferului (Mays şi Franks, 1985). Comunicarea deschisă, respectul reciproc şi soluţionarea eficientă a problemelor sunt condiţiile necesare ale unei alianţe terapeutice sănătoase.

2. Evaluarea şi investigarea atentă şi minuţioasă a clientului

Pentru a preîntâmpina apariţia unor probleme în cursul hipnozei este absolut necesar să cunoaştem experienţele subiectului referitoare la hipnoză, precum şi atitudinea lui faţă de aceasta. Terapeutul va adresa întrebări directe în legătură cu credinţele şi cunoştinţele subiectului cu privire la hipnoză şi la alte fenomene asemănătoare (relaxare, imaginaţie dirijată). În cazul în care clientul recunoaşte că a trăit o experienţă hipnotică anterioară, i se solicită detalii suplimentare (cât de profundă a fost transa, ce a simţit, ce sugestii a primit, cum a reacţionat la sugestii, ce a fost agreabil sau dezagreabil în cadrul experienţei respective etc.).

Terapeutul va utiliza experienţele pozitive ale clientului, pe care le va încorpora în intervenţia terapeutică actuală. De asemenea, acesta va trebui să observe modul în care subiectul descrie anumite experienţe negative şi să le reeticheteze (de pildă, terapeutul spune că acesta este un semn că hipnoza s-a produs). În unele cazuri, este necesară administrarea unor sugestii de contracarare a unor reacţii sau trăiri cu conţinut negativ. Se recomandă ca subiecţii să fie solicitaţi să fantasmeze în legătură cu ceea ce cred ei că ar putea fi hipnoza, pentru că în felul acesta terapeutul poate obţine informaţii referitoare la anxietăţile şi atitudinile greşite legate de hipnoză şi le poate contracara. Se recomandă, de asemenea, mai ales în cazul persoanelor care nu au mai făcut niciodată hipnoză, să se utilizeze sugestii care să întărească autocontrolul subiectului în timpul hipnozei.

Interviul preliminar trebuie să conţină şi date referitoare la tratamentele psihoterapeutice urmate, precum şi la copilăria subiectului

şi relaţiile semnificative din perioada respectivă. Aceste date ne sunt necesare mai ales pentru a anticipa posibilele reacţii transferenţiale, precum şi abilitatea clientului de a accepta şi menţine o alianţă terapeutică. Informaţiile referitoare la nivelul intelectual şi cultural pot fi importante pentru modul de formulare a sugestiilor hipnotice. O atenţie specială trebuie acordată experienţelor disociative sau celor cu droguri ori anestezice, terapeutul fiind avizat în cazul apariţiei unor posibile aspecte negative.

3. Consimţământul subiectului

Hipnoterapia poate fi aplicată doar cu consimţământul explicit al clientului. Terapeutul îi va explica acestuia în ce constă tehnica şi, pentru că majoritatea subiecţilor consideră experienţa agreabilă şi relaxantă, îi va relata acest lucru, creându-i expectaţii pozitive cu privire la hipnoză. Cu acest prilej se vor clarifica şi concepţiile eronate cu privire la hipnoză.

4. Asigurarea autocontrolului clientului

Anxietatea clientului cu privire la hipnoză poate fi redusă prin demitizarea procedurilor şi prin ajutarea acestuia să păstreze controlul asupra a ceea ce se petrece. Tehnicile hipnotice pot fi descrise prin analogie cu alte fenomene asemănătoare (starea de relaxare sau de concentrare maximă etc.) şi pot fi prezentate ca tehnici de autohipnoză sau relaxare profundă. În cazul subiecţilor care se tem foarte mult de pierderea controlului, terapeutul trebuie să insiste asupra faptului că subiectul va rămâne conştient, va putea vorbi cu terapeutul şi va putea deschide ochii atunci când doreşte. Chiar în cadrul inducţiei hipnotice este bine să se administreze sugestii de calm, relaxare fizică şi psihică, confort şi securitate interioară, stare de bine psihic şi spontaneitate controlată.

5. Realizarea unei colaborări cu subiectul (hipnoza colaborativă)

Un climat terapeutic caracterizat prin permisivitate, colaborare şi respect faţă de obiectivele clientului contribuie în mare măsură la eliminarea efectelor negative ale hipnozei (Fromm, 1980; Overholser, 1988). Pacientul care se simte constrâns sau cel căruia i se comandă să reacţioneze într-un anumit fel va fi mult mai înclinat să se opună în mod direct sau indirect, în timp ce o persoană care este invitată să participe la o acţiune va colabora cu mai mult entuziasm (Fromm, 1980). Este indicat să începem cu nişte sugestii mai permisive, mai puţin autoritare, abia după ce hipnoza progresează clientul putând fi abordat mai directiv.

Fromm (1980) sublinia faptul că hipnoza colaborativă înseamnă să-i dăm ceva subiectului, şi nu să-i luăm ceva. De pildă, în loc să i se sugereze unei paciente obeze că dulciurile şi mâncărurile grase îi fac rău, este mai indicat să i se dea de înţeles că glandele ei salivare vor lucra mai încet şi că va trebui să mestece mai mult fiecare îmbucătură pentru a-i savura gustul. O astfel de abordare pune accentul pe întărirea autocontrolului şi autonomiei subiectului.

6. Gradarea sugestiilor

Lynn, Rhue, Kvaal şi Mare (1991) propun administrarea unei serii gradate de sugestii, începând cu cele mai uşor de realizat şi continuând cu sugestii din ce în ce mai dificile sub aspectul focalizării personale şi interpersonale, structurării, rezonanţei emoţionale, potenţialului conflictogen, imaginativ, precum şi în ceea ce priveşte tipul de sarcini comportamentale solicitate. În felul acesta, terapeutul va controla expunerea subiectului la stimuli anxiogeni într-un mod gradat, prin repetări succesive.

7. Regresia de vârstă

Terapeutul trebuie să utilizeze cu multă atenţie tehnica regresiei de vârstă, pentru că în cursul acesteia pot fi aduse în planul conştiinţei amintiri psihotraumatizante. Este necesar ca acestea să fie utilizate şi procesate într-o manieră care să fie convergentă cu obiectivele psihoterapiei. Astfel, se pot utiliza semnale nonverbale pentru a scoate subiectul din hipnoză (de pildă, o atingere pe umăr). De asemenea, subiectului trebuie să i se comunice faptul că va înceta să se mai simtă ca un copil şi va putea comenta trăirile sale de pe poziţia adultului atunci când terapeutul îi va face un semn, pentru că o parte a eului său îşi va păstra conştiinţa de adult chiar şi în cazul celei mai profunde regresii de vârstă. Clienţii pot să fie protejaţi în timpul regresiei de vârstă şi prin utilizarea unor experienţe de tip disociativ, cum ar fi tehnica filmului (ceea ce îşi aminteşte subiectul îi apare ca un film proiectat pe un ecran) sau cea a visului hipnotic.

Deşi unii clinicieni sunt de părere că subiectul trebuie trezit atunci când apar experienţe dezagreabile (Coe şi Sarbin, 1991), alţi terapeuţi consideră că este mult mai util să i se vorbească subiectului cu calm, în timp ce acesta se află în hipnoză. Această ultimă strategie este mai eficientă pentru că trezirea subiectului înseamnă că terapeutul nu este capabil să controleze ceea ce se întâmplă în timpul hipnozei, fapt ce va submina încrederea subiectului în procedeul respectiv şi

va mări rezistența acestuia față de hipnoză. Oricum, este absolut necesar ca terapeutul să stabilească împreună cu subiectul un semnal nonverbal pentru a-l reorienta în timpul regresiei de vârstă dacă, dintr-un motiv sau altul, reacțiile declanşate par să fie greu de controlat. Li se poate sugera, de asemenea, subiecților că ei îşi vor reaminti ceea ce vor să-şi amintească şi că vor uita ceea ce doresc să uite din cadrul experiențelor trăite pe parcursul regresiei de vârstă.

8. Controlul efectelor negative incipiente

Hipnoterapeutul trebuie să monitorizeze permanent reacțiile subiectului în timpul hipnozei. Orice semn de rezistență sau disconfort (agitație, încruntarea sprâncenelor, dureri fizice, lipsa interesului etc.) trebuie abordat cu toată atenția (Orne, 1965). Atunci când un subiect nu se simte bine în timpul hipnozei, primul lucru care trebuie făcut este să solicităm mai multe informații, pentru a afla care este cauza disconfortului său. În cazul unui client care pare să ezite, terapeutul va recurge la încurajări de tipul: *Chiar dacă îți va fi mai greu la început, vei putea să-mi vorbeşti fără dificultate şi să-mi spui ceea ce simți şi gândeşti.*

Dacă subiectul nu se poate exprima verbal, terapeutul îi va oferi alternative şi va aştepta reacția acestuia. În acelaşi timp, terapeutul trebuie să renunțe la sugestiile care par să provoace disconfort şi să se reorienteze spre o altă strategie terapeutică. Orne (1965) susține că este bine ca subiectul să fie încurajat să-şi exprime sentimentele în cursul hipnozei, fapt ce contribuie la descărcarea emoțională. Efectele negative care pot să apară în timpul hipnozei trebuie discutate cu subiectul înainte ca acesta să plece din cabinetul de psihoterapie. De asemenea, acestuia trebuie să i se spună că, dacă apar unele elemente de disconfort după şedința de psihoterapie, este necesar să se adreseze imediat hipnoterapeutului.

Hartland (1971) este de părere că la începutul oricărei psihoterapii, terapeutul trebuie să obțină informații de la pacient conform unei scheme de anamneză. Această schemă cuprinde următoarele categorii de informații:

a) Istoricul bolii — se urmăresc informațiile legate de debutul, durata bolii, detalii referitoare la tratamentul urmat.

b) Istoria familială — descrierea părinților, a fraților, a modelului de relații familiale actuale şi trecute, a atitudinilor din familie.

c) Copilăria — sunt interesante informaţiile referitoare la bolile copilăriei, o atenţie specială fiind acordată episoadelor de enurezis sau somnambulism. Se cer informaţii despre situaţia şcolară, vizând integrarea în diverse şcoli urmate, reacţiile faţă de ceilalţi copii, faţă de succes şi eşec etc.

d) Istoria ocupaţională — cuprinde informaţiile referitoare la realizările şcolare, locurile de muncă, motivele schimbării locului de muncă, reacţiile faţă de mediu, colegi etc.

e) Probleme psihosexuale — este vorba despre informaţii în legătură cu cunoştinţele dobândite în copilărie despre problemele sexuale, inclusiv cu deprinderile rele, dacă aceste deprinderi persistă la vârsta adultă, dacă au survenit probleme emoţionale actuale şi trecute, care au fost relaţiile cu partenerul, dacă au existat dificultăţi maritale, plus informaţii legate de statutul financiar.

f) Antecedente patologice — se cer informaţii referitoare la boli, operaţii, accidente, tratamente urmate, menstră, sarcini şi avorturi.

g) Antecedentele heredocolaterale — este vorba de eventuale psihoze, nevroze, epilepsie la rude apropiate.

h) Starea psihică actuală — informaţii referitoare la simptomul dominant, la care se adaugă date despre prezenţa sau absenţa depresiei, anxietăţii, fobiilor, insomniei, tulburărilor mnezice şi prosexice, a ideilor suicidare, a temerii de boli psihice.

i) Informaţii referitoare la cunoştinţele pacientului despre hipnoză şi la expectaţiile lui legate de aceasta. După realizarea schemei de anamneză, lucrul cu pacientul este mult mai uşor, simptomul fiind înlăturat mai rapid dacă i se dau subiectului şi sugestii de întărire a eului, de reducere a anxietăţii şi de creştere a încrederii în sine.

În general, oamenii au două reacţii psihice la boală. O primă categorie este reprezentată de reacţiile directe: anxietate, teamă, tensiune, agitaţie, dispoziţie depresivă. În cea de-a doua categorie intră reacţiile indirecte, consecinţe ale unor tulburări din sfera personalităţii: lipsă de încredere în sine, dependenţă, dezadaptare, instabilitate psihică. Având în vedere aceste fapte, se impune ca un principiu important al terapiei combinarea sugestiilor de întărire a eului cu sugestiile terapeutice propriu-zise, centrate pe simptom. Deşi profunzimea transei nu contează, totuşi se observă că eficienţa tratamentului creşte, cu cât transa este mai adâncă.

Prezentăm spre exemplificare modelul de sugestii utilizate pentru *întărirea eului* elaborat de Hartland în 1971.

Eşti atât de destins, de relaxat, atât de profund relaxat, încât mintea ta devine tot mai receptivă la ceea ce îţi voi spune. Tot ceea ce îţi voi spune va pătrunde adânc în inconştientul tău, se va întipări acolo şi va lăsa o urmă adâncă pe care nimeni nu o va putea şterge. Ceea ce se va întipări în inconştientul tău va avea o mare influenţă asupra modului în care gândeşti, simţi şi acţionezi. Aceste idei pe care ţi le sugerez şi care se vor întipări în inconştientul tău vor continua să influenţeze gândurile, sentimentele şi modul tău de a acţiona şi atunci când nu eşti cu mine, când eşti acasă, la serviciu sau în altă parte. Aceste gânduri vor acţiona tot atât de puternic ca şi aici. Eşti profund relaxat şi tot ceea ce îţi spun se va întâmpla spre binele tău, în avantajul tău. În cursul acestei relaxări, te vei simţi tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine. Te vei simţi tot mai vioi, tot mai atent, mai energic, mai puţin obosit, tot mai puţin descurajat, tot mai puţin depresiv. Cu fiecare zi ce trece, vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur, astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană şi de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puţin la tine însuţi, la dificultăţile tale, vei fi tot mai puţin preocupat de propriile trăiri, vei deveni tot mai puţin îngrijorat, tot mai puţin agitat, tot mai puţin anxios, tot mai puţin deprimat, vei fi capabil să gândeşti clar, să te concentrezi tot mai bine. Îţi vei concentra tot mai mult atenţia asupra a ceea ce faci, iar memoria ta se va îmbunătăţi. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală, fără a le permite să ia proporţii. De la o zi la alta, vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puţin. Cu fiecare zi ce trece, vei deveni şi vei rămâne tot mai relaxat, tot mai puţin încordat, atât fizic, cât şi psihic. Devii şi rămâi tot mai relaxat, tot mai puţin încordat, atât fizic, cât şi psihic. Tot mai încrezător în tine, în posibilităţile tale de a duce la bun sfârşit ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în forţele proprii, fără anxietate, fără încordare, fără teama de a greşi. Zi după zi te vei simţi tot mai independent, tot mai stăpân pe tine, vei putea să stai pe propriile picioare, vei fi independent, încrezător în forţele proprii, vei putea face faţă cu bine oricărei dificultăţi. Zi după zi te vei simţi tot mai bine, tot mai încrezător în forţele proprii, cu un sentiment de bună stare şi siguranţă personală. Cu fiecare şedinţă de relaxare te vei simţi tot mai fericit, tot mai încrezător, tot mai mulţumit, tot mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi pe tine însuţi, să-ţi susţii părerile, judecăţile, să stai pe propriile tale picioare. Vei simţi tot mai puţin nevoia să te bazezi pe alţi oameni, să depinzi de altcineva.

După încheierea acestui instructaj, conţinând sugestii de întărire a eului, se poate trece la administrarea sugestiilor pentru înlăturarea

simptomului. Sugestiile specifice adresate simptomului sunt elaborate după parcurgerea următoarelor faze: 1) terapeutul trebuie să mărească motivaţia subiectului pentru tratament, înainte de începerea acestuia. El trebuie să discute cu subiectul simptomul în detaliu şi să accentueze ideea că simptomul este neconvenabil, perturbator, iar existenţa subiectului ar fi mult mai plăcută fără el; 2) în cea de-a doua fază, i se explică subiectului cum îl poate ajuta hipnoza să scape de acel simptom, terapeutul trebuind să fie cât mai convingător în afirmaţiile sale.

Variabila terapeut în hipnoterapie

Straus (1993) şi Lazar şi Dempster (1984) subliniază faptul că, deşi s-a scris foarte mult cu privire la strategiile şi tehnicile de inducţie hipnotică, s-au abordat mult mai puţin problemele legate de calităţile unui hipnoterapeut de succes. Deşi un bun hipnoterapeut trebuie să aibă toate calităţile unui bun psihoterapeut, acesta ar trebui să mai deţină şi alte abilităţi. Wolberg (1977) arată că un psihoterapeut de succes trebuie să fie sensibil, flexibil, obiectiv, empatic şi să aibă relativ puţine probleme emoţionale de natură patologică sau probleme caracteriale.

A fost subliniată, de asemenea, importanţa în eficienţa psihoterapiei a unor trăsături cum ar fi: integritatea morală, respectul pentru ceilalţi, capacitatea de a transmite căldură afectivă, precum şi abilităţi de comunicare interpersonală. Linehan (1980), Strupp (1960), Wolberg (1977) şi Watkins (1978) sunt de părere că un bun terapeut trebuie să fie empatic cu clientul său, fără însă a-şi dezvălui propria identitate. Ideea conform căreia un terapeut eficient trebuie să aibă anumite calităţi derivă din modelul terapiei centrate pe client a lui Rogers (1957, 1959), iar dezvoltarea respectivelor calităţi reprezintă obiectivul multor programe de formare a terapeuţilor.

Cu toate acestea, relaţia dintre eficacitatea tratamentului, formarea terapeutului şi calităţile acestuia nu a fost validată în plan experimental (Alberts şi Eldstein, 1990).

Straus (1993) este de părere că hipnoterapeutul trebuie să aibă ceva în plus faţă de un psihoterapeut specializat în alt domeniu al psihoterapiei, eşecul în hipnoterapie fiind mult mai pregnant decât

în alte situații. Finegold și Eldstein (1986) evidențiază cinci motive pentru care terapeuții începători nu utilizează hipnoza:

— teama de eșec;
— teama de a avea putere asupra celorlalți;
— convingerea că alții dețin metode mai eficiente;
— teama de necunoscut;
— teama de dezaprobarea colegilor.

În același timp, hipnoza, deși recunoscută ca o tehnică psihoterapeutică, este privită de unii profesioniști ai domeniului cu scepticism, din cauza aurei de mister și magie de care aceasta a fost mult timp înconjurată. De asemenea, psihoterapeuții care se simt nesiguri pe ei, atât în ceea ce privește experiența lor în domeniul hipnozei, cât și sub aspectul competenței lor, în general, se tem uneori să utilizeze o metodă care poate provoca răspunsuri neașteptate din partea subiectului.

Hipnoza este o metodă care poate da rezultate extraordinare, dar conduce uneori și la eșecuri, motiv pentru care un bun hipnoterapeut trebuie să aibă foarte multă încredere în sine și în capacitatea sa de a tolera un eventual eșec (Straus, 1993). În plus, acesta nu trebuie să-și facă prea multe probleme cu privire la întrebarea dacă subiectul este hipnotizabil sau nu, ci să se concentreze în principal asupra implicațiilor terapeutice a ceea ce se întâmplă în timpul ședinței de hipnoză. Curiozitatea și deschiderea față de nou și neașteptat, precum și echilibrul, degajarea și încrederea în sine vor fi benefice pentru succesul hipnoterapiei.

Spre deosebire de alte metode de psihoterapie, în hipnoză este de dorit un terapeut mai dinamic, căci reacțiile de transfer și contratransfer sunt mult mai ample și mai rapide, iar procesarea terapeutică are loc, de asemenea, mai repede (Lazar și Dempster, 1984). Pentru a face față acestor situații, hipnoterapeutul trebuie să răspundă comportamentului clientului cu sensibilitate, flexibilitate și rapiditate, dând dovadă de o mare capacitate de adaptare în relația psihoterapeutică. De asemenea, el trebuie să-și construiască sugestiile în mod adecvat, să le formuleze pe un ton persuasiv, observând permanent reacțiile subiectului. Printre calitățile care sunt necesare pentru atingerea obiectivelor amintite se numără și o imaginație bogată, o bună capacitate de concentrare a atenției, de analiză și sinteză a unui număr foarte mare de informații, pentru ca hipnoterapeutul să fie capabil să reacționeze adecvat la toți stimulii proveniți de la pacient.

Pentru a ilustra cele afirmate, prezentăm un exemplu de abordare a unui subiect aflat în hipnoză (Straus, 1993, p. 58):

Terapeutul a indus hipnoza şi a utilizat tehnica regresiei de vârstă la un bărbat foarte inteligent şi cu nivel cultural ridicat. Întrebat ce vârstă are, pacientul a răspuns: „Mă simt de 4 ani, dar ştiu că am 32 de ani".

Replica hipnoterapeutului a fost următoarea: „Este în regulă să ştii că ai 32 de ani, dar este bine să te simţi ca la 4 ani".

În acel moment, vocea pacientului s-a modificat, căpătând tonul unei voci mai apropiate de cea a unui copil şi regresia de vârstă a fost continuată.

Întrebarea „Câţi ani ai?" a evocat la pacient percepţii centrate în mai mare măsură pe realitate, precum şi un conflict între nivelul intelectual şi cel emoţional, fapt ce punea în evidenţă o anumită ambivalenţă în ceea ce priveşte succesul regresiei de vârstă. Reacţia terapeutului vine să întărească atât gândurile, cât şi sentimentele pacientului, direcţionându-i în acelaşi timp atenţia asupra stării afective. Acelaşi autor subliniază faptul că, pentru practicarea hipnozei este nevoie de o structură de personalitate matură, capabilă să tolereze schimbări bruşte şi chiar comportamente regresive. Hipnoterapeutul trebuie să fie capabil să-şi păstreze obiectivitatea, stabilitatea şi echilibrul interior chiar atunci când pacientul manifestă fluctuaţii ale ataşamentului faţă de el sau când declanşează comportamente neadecvate şi chiar ostile, şi aceasta fără să manifeste iritare şi fără să renunţe la comportamentul empatic. Flexibilitatea hipnoterapeutului îi permite să schimbe maniera de abordare a pacientului şi chiar să jongleze cu starea de veghe sau cu starea de transă a acestuia, modificându-şi strategia de lucru în acord cu reacţiile clientului. Astfel, dacă hipnoterapeutul observă că pacientul său, care explora în timpul unei şedinţe de hipnoanaliză un material cu conţinut conflictual, iese spontan din transă (începe să respire mai rapid, are tendinţa de a deschide ochii şi de a schimba subiectul discuţiei), acesta va trebui să se preocupe de motivul ieşirii din transă şi să caute să o reinducă, şi nu să continue să exploreze informaţiile furnizate de pacient atunci când se afla în transă.

De asemenea, hipnoterapeutul trebuie să fie capabil să structureze şedinţa de psihoterapie chiar utilizând imageria dirijată şi metaforele, permiţându-i în acelaşi timp pacientului să-şi pună în valoare disponibilităţile creativ-imaginative. Lazar şi Dempster (1984) au

realizat un studiu pe 21 de subiecţi practicanţi care învăţau hipnoza. Aceştia au relatat faptul că au avut experienţe pozitive cu hipnoterapeuţi sensibili, calzi, prietenoşi, competenţi, încrezători în forţele lor, relaxaţi, flexibili şi creativi şi experienţe negative cu terapeuţi insensibili, nesiguri, anxioşi şi rigizi.

Hipnoterapie şi expectaţie

Importanţa expectaţiilor pentru succesul tratamentului psihoterapeutic, dar şi al celui farmacologic, nu mai reprezintă astăzi o noutate pentru nimeni. Un exemplu concludent în acest sens îl reprezintă succesul pe care îl au unii terapeuţi, dar şi unii vrăjitori sau bioenergoterapeuţi. Este cunoscut, de asemenea, efectul „placebo", care se referă la faptul că unele produse nule sub aspect farmaceutic au efect asupra unor pacienţi. Studiile realizate de farmacologi pentru testarea unor noi medicamente, studii realizate de regulă pe un lot de control, care primea noul produs, şi pe un lot martor, care primea un produs neutru, dar cu caracteristici exterioare asemănătoare, au evidenţiat faptul că un număr de pacienţi înregistrau ameliorări şi chiar vindecări în urma administrării produsului farmaceutic inactiv.

Torrey (1972) sublinia faptul că încrederea şi motivarea pacientului pentru vindecare depind de o serie de factori cum ar fi:

a) măsura în care abilitatea terapeutului de a pune diagnosticul şi de a sublinia cauzele bolii coincid cu vederile pacientului;

b) gradul în care tehnica folosită este considerată utilă de către pacient;

c) măsura în care calităţile terapeutului se potrivesc cu expectaţiile clientului referitoare la modul cum trebuie să fie un psihoterapeut.

Psihoterapeutul trebuie să conştientizeze aceste aspecte şi să-şi adapteze demersul, pentru a maximiza efectele intervenţiilor sale.

Punerea diagnosticului are un rol terapeutic prin ea însăşi, deoarece eliberează clientul de o serie de probleme şi nedumeriri, dându-i în acelaşi timp senzaţia că există cineva care îl înţelege şi că se poate întreprinde ceva pentru a-i uşura suferinţa. În cazul în care „eticheta" pusă de terapeut nu coincide cu cea a clientului, contactul psihoterapeutic ulterior va fi mai puţin eficient. Astfel, dacă un

pacient va considera că problemele sale sunt rezultatul unor refulări ale evenimentelor din copilărie, un terapeut care îi va împărtăşi opiniile va fi considerat mai competent şi va inspira mai multă încredere.

Procedeele psihoterapeutice decurg în mod logic din concepţia teoretică legată de cauza bolii. Astfel, terapeuţii comportamentalişti utilizează tehnici de învăţare şi dezvăţare, în timp ce psihanaliştii se ocupă de dezvăluirea unor conflicte inconştiente. Clienţii, la rândul lor, au diverse expectaţii referitoare la psihoterapie, în raport cu viziunea lor despre cauza problemei cu care se confruntă, în acelaşi timp, pacienţii au concepţii diferite în legătură cu modul în care trebuie să arate sau să fie un psiholog sau un psihiatru. Aceste concepţii variază de la „toţi sunt nişte nebuni" până la „toţi sunt nişte oameni înţelepţi şi folositori".

Clienţii contactează terapeuţii pornind de la premisa că sunt persoane foarte competente şi reprezintă autorităţi în domeniu, iar aceste expectaţii contribuie la reuşita demersului terapeutic. Diplomele, certificatele, apartenenţa la organizaţii profesionale de prestigiu, aspectul şi amplasarea cabinetului, înfăţişarea şi vestimentaţia terapeutului reprezintă elemente ce modifică expectaţia pacientului în raport cu psihoterapia. Un alt factor important de care depinde succesul terapiei îl reprezintă şi încrederea terapeutului cu privire la posibilitatea sa de a-şi ajuta clientul, încredere (sau dimpotrivă, neîncredere) pe care acesta i-o transmite în mod subtil clientului prin intermediul unor mesaje nonverbale.

Tehnici menite să sporească expectaţiile pacienţilor (Cob, 1993)

Torrey (1972) descrie trei tehnici menite să sporească expectaţiile pacienţilor faţă de psihoterapie: sugestiile directe, utilizarea simbolurilor şi formulele magice.

Sugestiile directe pot fi utilizate intenţionat sau spontan de către terapeuţi în interacţiunea lor cu pacienţii. Astfel, un medic poate spune, în timp ce scrie o reţetă: „Ia acest medicament şi te vei simţi mai bine". Un terapeut comportamentalist, care propune un program de schimbare, poate spune: „Acest program ţi se va părea uşor de

îndeplinit şi va fi eficient pentru atingerea obiectivelor tale". O sugestie negativă ar suna cam aşa: „Ei bine, putem încerca asta şi asta, în fond ce avem de pierdut?"

Pe măsură ce populaţia occidentală vine tot mai mult în contact cu culturile orientale, redescoperă rolul simbolurilor şi ritualurilor. Ritualurile conduc la instalarea unor stări dezirabile, cum ar fi relaxarea, extazul sau contactul cu divinitatea. Inducţia hipnotică implică prezenţa unui ritual care sugerează faptul că se va întâmpla ceva foarte important. Ritualurile sunt eficiente doar dacă se înscriu pe linia credinţelor subiecţilor, în caz contrar, acestea având efecte opuse. Formulele magice pot fi regăsite în reclamele care se fac diverselor produse farmaceutice: o tabletă luată zilnic va rezolva, în mod sigur, problema X.

Hipnoza a fost şi mai este încă asociată cu fenomenele paranormale (magice, mistice, neobişnuite) sau cu aspecte legate de spectaculos. Se vorbeşte astfel de vindecări miraculoase, de personalităţi multiple sau de influenţa puternică pe care o exercită hipnoterapeutul asupra clientului său. Începând cu experienţele din secolul al XVIII-lea ale lui Mesmer şi terminând cu hipnoza de estradă din ziua de azi, marele public s-a confruntat cu conceptul de hipnoză care implică putere şi influenţă asupra celorlalţi. În timpurile noastre, hipnoza este tot mai mult acceptată ca o metodă de tratament în medicină, stomatologie şi psihoterapie, expectaţiile faţă de aceasta devenind mai puţin exagerate, deşi o aură de mister se mai menţine încă. Din nefericire, imaginea hipnozei ca un fenomen misterios i-a făcut pe mulţi clinicieni să evite utilizarea acesteia şi pe mulţi pacienţi, care ar fi putut obţine beneficii de pe urma unui astfel de tratament, să-l refuze. Pe de altă parte, aceeaşi aură de mister a hipnozei a netezit calea unor şarlatani care au speculat credulitatea doritorilor de vindecări miraculoase.

Deşi la ora actuală numeroase mecanisme ale sugestiei şi hipnozei sunt măcar parţial explicate, atitudinea faţă de acestea nu s-a modificat prea mult. Majoritatea oamenilor au o oarecare idee despre hipnoză şi despre comportamentele care apar în timpul inducţiei acesteia, terapeutul fiind cel care trebuie să descopere care sunt expectaţiile clienţilor săi în legătură cu hipnoza. Cu cât expectaţiile pacienţilor sunt mai apropiate de ceea ce întreprinde terapeutul, cu atât mai receptivi se vor dovedi aceştia la hipnoză. Cu toate acestea, dacă un subiect nu este dispus să coopereze, el nu va fi hipnotizat

şi, de aceea, orice potenţial subiect pentru hipnoză trebuie să fie motivat să colaboreze.

Motivaţia, concordanţa dintre expectaţiile subiectului şi cele ale hipnotizatorului, capacitatea de a direcţiona atenţia spre interior şi capacitatea persoanei de a se lăsa absorbită de experienţe imaginative reprezintă premisele intrării în hipnoză. Există însă şi cazuri când subiecţii nu dispun de disponibilităţi psihologice pentru hipnoză, aceştia putând să manifeste doar un comportament complezent. În acelaşi timp, condiţiile de ambianţă şi particularităţile hipnoterapeutului pot produce modificări ale receptivităţii subiectului la hipnoză. Vestimentaţia, vârsta, prestigiul profesional, aranjamentul cabinetului vor întări expectaţia subiectului că are de-a face cu o persoană competentă şi de încredere.

5.3. Autohipnoza clinică

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiinţă indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învaţă să şi-o inducă singur. Pentru a încuraja independenţa şi autonomia pacientului se recomandă tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are şi menirea de a-l învăţa principiile şi tehnica autohipnozei. Autohipnoza este considerată o metodă de autoreglare a stărilor psihice ale omului şi o modalitate de explorare creativă a eului, prin intermediul căreia subiectul îşi poate cunoaşte mai bine propriile probleme şi le poate rezolva supunându-se propriilor sugestii. În autohipnoză, subiectul îşi investighează lumea subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile, pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultăţile şi particularităţile individului, se poate trece la depăşirea acestora şi la autoperfecţionarea propriilor posibilităţi.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

- să ne cunoaştem mai bine şi mai profund;
- să ne relaxăm după o zi încordată şi agitată;

- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme şi să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristeţe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuaţii ale dispoziţiei şi randamentului, de gânduri negative şi disfuncţionalităţi cognitive;
- să ne îmbunătăţim capacitatea de concentrare a atenţiei, memoria, voinţa, să gândim mai lucid şi să ne autoprogramăm psihicul pentru o viaţă mai sănătoasă şi eficientă;
- să ne debarasăm de unele deprinderi negative, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conştiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde şi zone inconştiente la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raţionale. Acestea conţin atât resurse şi disponibilităţi creative nebănuite, cât şi conflicte şi psihotraume refulate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice. Inconştientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit şi eficient sau, dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav. Observaţiile empirice şi practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori, când apare un conflict între conştient şi inconştient, acesta din urmă este cel care câştigă bătălia. În acelaşi timp însă, la nivel inconştient, nu se poate face testarea realităţii.

Un exemplu în acest sens ar fi următorul: dacă, dintr-un motiv oarecare, s-a fixat informaţia: „Când Ana traversează o stradă sau o piaţă largă, i se face rău", atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanşează ca şi cum ar fi apăsat pe un buton de comandă. Altfel spus în mod inconştient se activează programul şi se declanşează simptomul. Programarea inconştientului se poate realiza în stare de relaxare sau, şi mai eficient, în stare de autohipnoză, prin autosugestii de tip afirmativ, prin tehnica imaginaţiei dirijate (vizualizare) şi prin practicarea gândirii pozitive. Autosugestiile sunt afirmaţii prin care subiectul îşi spune în gând cum doreşte el să fie sau ce vrea să realizeze.

Construirea autosugestiilor şi mai ales problematica legată de eficienţa acestora impun îndeplinirea anumitor condiţii:

- să se utilizeze doar afirmaţii cu conţinut pozitiv (de exemplu, în loc de „Nu-mi va mai fi niciodată teamă" trebuie spus: „Sunt deja calm, puternic, echilibrat"); excepţie fac

doar tehnicile de autohipnoză ericksoniană, care vor fi detaliate în capitolele următoare;

- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;
- după ce subiectul a practicat un timp autohipnoza, el poate utiliza autosugestii în stare de veghe;
- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când subiectul se pregăteşte să facă faţă unei situaţii dificile sau care îi produce teamă.

Persoana care doreşte să practice autohipnoza trebuie să înveţe să-şi creeze propriile autosugestii pentru a-şi rezolva problemele personale. Acestea se construiesc pornind de la conţinutul problemelor şi gândurilor negative care îi vin în minte. De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viaţa mea conţine multe lucruri pozitive", „Vreau să trăiesc ca să mă bucur de toate lucrurile pozitive din viaţa mea" etc.

Prezentăm spre exemplificare câteva modele de autosugestii pentru îmbunătăţirea imaginii de sine (adaptate după Handley şi Neff, 1985):

- *Sunt o persoană echilibrată, eficientă şi generoasă, care merită să aibă succes;*
- *Zi de zi, pe toate căile, eu devin persoana care doresc să fiu;*
- *Corpul meu este perfect sănătos şi normal;*
- *Mintea mea funcţionează perfect şi găsesc în mine noi posibilităţi creative de a trăi.*

Austin (1994) prezintă zece reguli de alcătuire a sugestiilor terapeutice:

1. Utilizaţi verbele la timpul prezent;
2. Folosiţi, pe cât posibil, exprimări pozitive;
3. Formulaţi sugestiile în termeni specifici;
4. Utilizaţi cât mai multe detalii;
5. Folosiţi sugestii simple;
6. Utilizaţi termeni plastici, cu încărcătură emoţională;
7. Sugestiile trebuie să fie realiste;
8. Sugestiile trebuie să aibă un conţinut personalizat;
9. Utilizaţi imagini sugestive;
10. Sugestiile trebuie să aibă un caracter repetitiv.

Vom prezenta în continuare câteva aspecte ale acestor reguli (după Austin, 1994, p. 45).

1. Utilizarea verbelor la timpul prezent

Subiectului trebuie să i se sugereze faptul că acţionează deja în direcţia dorită: „Sunt calm", „Am foarte multă încredere în forţele proprii". Fac excepţie de la această regulă situaţiile în care este vorba de un proces cu caracter progresiv. Astfel, unei persoane cu un picior fracturat i se poate sugera: „Piciorul meu se va vindeca rapid şi fără complicaţii" sau „Piciorul meu se va vindeca în jumătate din timpul în care s-ar vindeca în mod obişnuit".

Sugestiile directe, referitoare la un comportament viitor, trebuie, la rândul lor, exprimate la timpul prezent: „Cu fiecare zi, mă simt tot mai calm, tot mai încrezător în forţele proprii..."

2. Utilizarea unor formulări pozitive

Aşa cum am mai subliniat, cu excepţia hipnozei ericksoniene care cere din partea terapeutului un nivel deosebit de creativitate, este bine să se evite formulările cu conţinut negativ: „Eu n-o să mai fac acest lucru..."

3. Formularea sugestiilor în termeni specifici

Sugestiile terapeutice trebuie să se refere la o problemă precis delimitată, şi nu să încerce acoperirea tuturor problemelor subiectului. De pildă, nu este indicat să utilizăm o astfel de sugestie: „Mă simt încrezător în forţele proprii; îmi controlez greutatea şi dorm foarte bine".

4. Utilizarea unui număr mare de detalii

Terapeutul trebuie să-l ajute pe client să-şi formuleze obiectivele terapeutice cu foarte multe detalii, exprimate cât mai concret. De asemenea, ţinând seama de faptul că obiectivele noastre se modifică permanent, instanţele subconştiente trebuie mereu reprogramate în sensul dorit.

5. Utilizarea unor sugestii simple

În cazul în care se utilizează termeni prea sofisticaţi sau cu dublu înţeles, se poate crea confuzie la nivelul inconştientului, care trebuie programat la fel ca un calculator, prin intermediul unor comenzi simple.

6. Utilizarea unor termeni plastici

Instanţele de natură inconştientă reacţionează la termeni cu încărcătură emoţională ridicată, la imagini plastice sau la metafore.

7. Sugestiile trebuie să aibă un caracter realist

De pildă sugestia: „Voi fi fericit tot timpul" este profund nerealistă, ţinând seama de faptul că viaţa ne oferă numeroase prilejuri de neîmplinire.

8. Sugestiile trebuie să aibă un caracter personalizat

Sugestiile terapeutice trebuie să se refere la modificări ale propriei persoane, şi nu ale celorlalţi; cea mai bună metodă de a-i schimba pe aceştia este să ne modificăm noi înşine.

9. Utilizarea unor imagini cu conţinut sugestiv

Subiectul trebuie ghidat să formeze imaginea sa aşa cum doreşte să devină, cu cât mai multe detalii. Chiar dacă imaginea respectivă este puţin exagerată în sens pozitiv, ea poate funcţiona în calitate de program mental în cazul în care conţine un sâmbure de adevăr.

10. Sugestiile trebuie să aibă un caracter repetitiv

Este indicată repetarea sugestiilor pentru o mai bună fixare a conţinutului acestora. Repetarea prin intermediul folosirii sinonimelor face ca sugestiile să fie mai interesante pentru utilizator, ca în cazul demersurilor pe care le realizează un comerciant ce doreşte să-şi vândă marfa. Este indicat ca hipnoterapeutul să le spună pacienţilor săi că pot respinge orice sugestie li se pare nepotrivită, acest instructaj având rolul de a le reduce anxietatea legată de faptul că ar putea suferi un proces de „spălare a creierului".

Înainte de a administra sugestiile specifice, subiectul aflat în hipnoză va fi pregătit astfel:

În această stare plăcută de relaxare în care te afli, inconştientul tău va înregistra, pentru binele tău, tot ce se petrece în jur. Aceste sugestii care acţionează în avantajul tău merg direct în zonele inconştiente unde sunt acceptate... Aceste sugestii se fixează foarte bine... adânc în creierul tău... şi ele rămân acolo şi acţionează mult timp după ce ai deschis ochii. Aceste sugestii... aceste noi gânduri te ajută să schimbi lucrurile pe care doreşti să le schimbi... iar aceste schimbări te ajută să te bucuri tot mai mult de viaţă... cu fiecare zi care trece să te bucuri tot mai mult de viaţă.

Tehnica vizualizării

Vizualizarea („a te vedea în minte"), o altă tehnică de autoprogramare a inconştientului, constă din reprezentarea mentală a modului în care dorim să fim sau a situaţiei pe care dorim să o creăm. Ea se deosebeşte de simpla reverie sau visare diurnă prin faptul că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză şi are un caracter dirijat şi planificat. Trebuie subliniat faptul că orice

hipnoză este de fapt o autohipnoză. Hipnoterapeutul nu este altceva decât un ghid care îl ajută pe subiect să intre în transă şi să utilizeze transa în avantajul său. Prezentăm mai jos o tehnică de inducţie prin intermediul vizualizării, care poate fi folosită şi în autohipnoză (Austin, 1999). Această tehnică durează aproximativ 10 minute şi poate fi utilizată şi ca tehnică de autohipnoză, după ce subiectul a lucrat cu un hipnoterapeut calificat.

Luaţi o poziţie comodă, şezând pe un fotoliu sau culcat... Aş dori să vă imaginaţi că relaxaţi tot corpul... verificaţi mental faptul că vă aflaţi într-o poziţie comodă... complet relaxat... şi pe măsură ce se relaxează muşchii... lăsaţi şi mintea să se destindă... să se relaxeze... Orientaţi atenţia asupra picioarelor... simţiţi degetele... încordaţi degetele de la picioare şi apoi relaxaţi-le... încordaţi gleznele şi apoi relaxaţi-le... lăsaţi relaxarea să cuprindă gleznele, gambele, genunchii... toţi muşchii se relaxează, se relaxează tot mai mult... încordaţi coapsele şi apoi relaxaţi-le... conştientizaţi relaxarea plăcută a coapselor care se odihnesc într-o poziţie confortabilă... simţiţi acum picioarele care devin grele şi se cufundă în saltea, se cufundă tot mai mult... pe măsură ce se relaxează... se relaxează tot mai mult... încordaţi uşor musculatura abdominală şi apoi relaxaţi-o... relaxaţi-o tot mai mult... Ridicaţi uşor umerii, apoi coborâţi şi relaxaţi umerii... relaxaţi umerii şi muşchii spatelui... şi pe măsură ce muşchii spatelui se relaxează, observaţi cum coloana vertebrală se cufundă tot mai mult în fotoliu sau saltea... Pe măsură ce vă relaxaţi, observaţi că respiraţia devine tot mai calmă, mai liniştită... mai profundă... îndreptaţi-vă acum atenţia asupra degetelor de la mâini... strângeţi degetele pumn... observaţi tensiunea musculară şi apoi lăsaţi degetele să se desfacă şi să se relaxeze tot mai mult... şi mai mult... Lăsaţi relaxarea să vă cuprindă braţele şi umerii... observaţi dacă gâtul se află într-o poziţie comodă... încordaţi uşor muşchii gâtului şi apoi relaxaţi-i... relaxaţi tot mai mult gâtul şi lăsaţi-l să se odihnească într-o poziţie comodă... confortabilă... îndreptaţi-vă atenţia asupra feţei... încordaţi muşchii feţei şi apoi relaxaţi-i... relaxaţi muşchii feţei tot mai mult... tot mai mult... Simţiţi o răcoare plăcută care vă mângâie pielea... şi relaxaţi creştetul capului... Sunteţi acum relaxat din cap până în picioare... până la vârful degetelor... Corpul este destins, relaxat, greu... imobil... greu... tot mai greu... Observaţi cum corpul se relaxează tot mai mult... şi mai mult... pe măsură ce respiraţia devine tot mai calmă, mai liniştită... mai profundă. Curând voi începe să număr de la 1 la 10 şi cu fiecare număr vă veţi relaxa tot mai mult... tot mai mult: 1... 2... 3... 4 — vă relaxaţi tot mai profund... 5... 6 — tot mai profund...

7... 8 — relaxarea se adânceşte tot mai mult... 9... 10 — relaxare adâncă... plăcută... odihnitoare.

Sunteţi acum profund relaxat şi vă vine uşor să vă focalizaţi atenţia spre interior şi să vă imaginaţi diverse lucruri cu multă claritate... Aş dori să vă imaginaţi că vă aflaţi pe o terasă care are nişte trepte ce coboară spre o grădină minunată... puteţi vedea copaci frumoşi, încărcaţi de frunze, flori minunate... iarba verde... Grădina este înconjurată de arbori înalţi care o fac să fie un loc sigur ... Undeva mai departe se află un pârâu cu o cădere de apă... ascultaţi zgomotul odihnitor al cascadei... al apei care loveşte pietrele... auziţi ciripitul păsărelelor... vedeţi cum razele soarelui se strecoară printre crengile copacilor... pe măsură ce vă relaxaţi tot mai mult...

Pe măsură ce vă apropiaţi de marginea terasei, observaţi că ea are cinci trepte care coboară în grădină... până la o potecă îngustă care ajunge până la cascadă... Coborâţi încet scările şi, pe măsură ce coborâţi fiecare treaptă, vă relaxaţi tot mai mult... tot mai mult... Păşiţi pe prima treaptă şi intraţi într-o stare de relaxare tot mai profundă... coborâţi încă o treaptă şi starea de relaxare devine tot mai profundă... coborâţi încă o treaptă şi starea de relaxare se adânceşte şi mai mult... păşiţi pe a treia treaptă şi simţiţi o stare de relaxare tot mai profundă... o senzaţie plăcută de libertate interioară... mai coborâţi o treaptă şi ajungeţi într-o stare de relaxare şi mai adâncă şi mai plăcută şi mai odihnitoare... păşiţi pe a cincea treaptă şi vă relaxaţi tot mai adânc, tot mai profund... mai profund... mai profund ca niciodată...

Porniţi acum încet pe cărarea care duce la cascadă şi ajungeţi la o bancă... observaţi culoarea băncii... lemnul din care este făcută... aşezaţi-vă comod pe bancă... veţi fi surprins să observaţi cât de comodă este poziţia în care staţi şi în care vă simţiţi şi mai relaxat... şi mai destins ca până acum... în timp ce staţi pe bancă, inspiraţi profund şi, în timp ce expiraţi, simţiţi cum o undă de relaxare pătrunde în fiecare fibră musculară... în fiecare nerv... (pauză de 60 de secunde)... şi pe măsură ce inspiraţi din nou, absorbiţi odată cu aerul gânduri bune şi pe măsură ce expiraţi... eliminaţi încordarea, teama... tristeţea... lăsând tot mai mult loc gândurilor pozitive...

Gândirea pozitivă

Unii oameni sunt stresaţi din cauza personalităţii de bază. Ei fac, probabil, parte din tipul A de personalitate, care munceşte zi şi

noapte fără odihnă, fără să-şi acorde timp de relaxare sau distracţii. Pentru persoanele astfel structurate, perfecţioniste, orice mic eşec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine din cauza psihotraumelor suferite în copilărie, iar cei din categoria a treia se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face faţă aşteptărilor exagerate, iraţionale din partea celorlalţi (de pildă, părinţii care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, îl silesc să ia lecţii de pian şi matematică, deşi nu are aptitudini sau ar prefera altceva). Oamenii pot atinge performanţe extraordinare când aleg corect lentilele prin care îşi observă propriile limite. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităţilor, şi nu asupra propriilor defecte. Inconştientul persoanelor care au succes în viaţă este programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă şi deliberat.

De vreme ce am admis faptul că noi nu gândim clar şi că gândirea „negativă" este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm. Primul pas constă în identificarea manifestărilor gândirii negative, proces numit de psihologi conştientizarea cognitivă. Urmează înlocuirea ei treptată cu gândirea pozitivă — restructurarea cognitivă —, proces care se desfăşoară atât în stare de veghe, cât şi în relaxare.

Iată câteva modele de gândire negativă care influenţează multe persoane (Handley şi Neff, 1985):

- tendinţa spre perfecţionism, tendinţa prin care individul îşi fixează standarde, exigenţe şi scopuri excesiv de înalte, iraţionale;
- concentrarea negativă constă în acordarea unei atenţii exagerate aspectelor negative, permiţându-le să le estompeze pe celelalte;
- în situaţiile pozitive (când cineva îmi face un compliment, îmi închipui că îşi bate joc de mine);
- fenomenul transformării „albului în negru". Acesta se manifestă atunci când folosim fapte neutre sau chiar pozitive, pentru a trage concluzii negative. Astfel, de multe ori, se interpretează ca ostile acţiunile unei persoane care, de fapt, se simte stânjenită sau are o supărare personală;
- modelul amplificare-reducere reprezintă deprinderea de a exagera un eveniment negativ şi de a minimaliza unul pozitiv;

- crearea de fantasme prin care ne lăsăm în voia reveriei cu conținut negativ ce ne invadează psihicul;
- comportamentul „trebuie" care ne determină să acționăm împotriva voinței noastre, de parcă un șef imaginar și sever ne-ar presa mereu. Această gândire tiranică nu face decât să genereze culpabilitatea care mai mult ne frânează decât ne ajută să acționăm;
- eroarea de a generaliza constă în a ne spune tot timpul că suntem răi sub toate aspectele, dacă am făcut o greșeală oarecare. Adevărul este că toți oamenii fac greșeli și că nu sunteți o persoană mai puțin valoroasă dacă vi s-a întâmplat să greșiți. O altă variantă a aceleiași erori o constituie și tendința de a generaliza o respingere întâmplătoare asupra tuturor situațiilor de viață (când o fată s-a purtat distant cu tine la o petrecere, îți spui imediat că „nu faci două parale");
- asumarea unor responsabilități care nu ne privesc înseamnă a ne simți vinovați de erorile și comportamentele negative ale altor persoane (de exemplu, dacă soțul bea prea mult, soția plânge și-și spune: „Este vina mea").

Putem opri cursul gândirii negative atunci când am identificat-o printr-o metodă simplă: rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenția ori de câte ori ne exprimăm cu voce tare gândurile negative.

Când aceasta se exprimă în limbaj interior, putem utiliza metoda opririi bruşte (ne spunem în gând „Stop!"), sau pe cea a încetinirii vocii interioare cu conținut negativ (Uneståhl, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare şi încercarea de a o face să ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape deloc.

Gândirea pozitivă acționează cu maximum de eficiență în starea de relaxare sau autohipnoză. Pacientei care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va intra în panică i se recomandă ca în stare de relaxare să îşi spună: „Ori de câte ori voi ieşi pe stradă, corpul şi mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simți calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă şi mă văd cu ochii minții mergând peste tot, senină, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îmi produc o reală plăcere".

Primul pas în inducerea autohipnozei este învățarea unei tehnici simple de relaxare. Un astfel de exemplu în acest sens este următorul:

Luaţi o poziţie comodă, culcat pe spate, cu capul ridicat (este indicat să folosiţi o pernă mică) şi braţele uşor depărtate de corp, palmele în sus şi picioarele, de asemenea, depărtate. Puteţi, la nevoie, să vă instalaţi şi într-un fotoliu, cu capul sprijinit şi braţele aşezate comod pe braţele fotoliului sau pe coapse.

La început încordaţi de câteva ori toţi muşchii şi apoi căutaţi să-i destindeţi, închideţi ochii şi imaginaţi-vă că destindeţi muşchii frunţii, obrajii, maxilarele. Simţiţi pleoapele grele, grele ca atunci când sunteţi pe cale să adormiţi. Relaxaţi muşchii cefei şi gâtului, apoi umerii şi braţele, de sus până în vârful degetelor. Destindeţi musculatura pieptului, abdomenului, spatelui. Căutaţi să vă imaginaţi cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanţ care se întinde. Relaxaţi picioarele, coapsele, gambele, ajungând până la degete. Expiraţi de câteva ori profund şi lent; imaginaţi-vă că, odată cu fiecare expiraţie, corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniştit. Apoi spuneţi-vă în gând că braţele devin grele, tot mai grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginaţi-vă în acelaşi timp că două greutăţi (cărţi groase, săculeţi cu nisip) sunt aşezate pe braţe şi le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizaţi greutăţile care apasă pe picioare şi le fac din ce în ce mai grele.

Spuneţi-vă că tot corpul devine mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniştit; încercaţi să vă imaginaţi propriul corp care stă întins, liniştit, pe o pajişte însorită sau pe o plajă mare. Căutaţi să menţineţi imaginea plăcută şi odihnitoare în care vă vedeţi odihnindu-vă în mijlocul naturii şi spuneţi-vă că vă cuprinde o stare de calm, de linişte, de pace interioară. Vă simţiţi destinşi, liniştiţi şi parcă vă vine greu să ieşiţi din starea pe care singuri aţi creat-o, iar acesta reprezintă cel mai bun indiciu în privinţa reuşitei relaxării.

Când doriţi să reveniţi, vă spuneţi în gând că reveniţi la normal, vizualizaţi corpul care îşi recapătă tonusul firesc, inspiraţi de câteva ori profund, expiraţi scurt, mişcaţi degetele de la mâini şi de la picioare, apoi braţele şi picioarele. Strângeţi de câteva ori pumnii, inspiraţi şi expiraţi şi apoi vă ridicaţi vioi, fără a brusca organismul. Dacă relaxarea nu a reuşit, nu vă demobilizaţi, încercaţi de multe ori, în zile şi ore diferite. Până la urmă inconştientul dumneavoastră va găsi singur soluţia de a intra în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine.

După ce subiectul a participat la câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalităţile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de

simple. Hunter (1988) ne propune câteva tehnici de autohipnoză, precum şi unele strategii de utilizare autoformativă a acesteia:

Este momentul să începi să practici singur hipnoza acasă, pentru a întări ceea ce facem noi aici (se solicită cooperarea subiectului). *Trebuie să cunoşti faptul că, deşi există unele reguli generale de practicare a autohipnozei, este de dorit să-ţi găseşti acele formule sau ritualuri de a intra în autohipnoză care ţi se potrivesc mai bine* (personalizarea tehnicii). *Eu îţi voi prezenta o tehnică de intrare în stare de autohipnoză care s-ar putea să ţi se pară potrivită cu unele mici modificări: poate unele cuvinte ai dori să fie altele, poate ai prefera să utilizezi alte imagini sau alte amintiri ori poate un ritm diferit sau poate ai vrea să-ţi vorbeşti în limba pe care o foloseai în copilărie. Poate că ceea ce îţi spun eu îţi aminteşte de ceva din propria ta experienţă, ceva ce ai dori să-ţi servească drept „cheie" pentru a intra în autohipnoză* (reamintirea şi retrăirea în plan imaginativ a unor experienţe trecute reprezintă un fenomen regresiv). *Ţinând seama de ceea ce ţi-am spus, vei ajunge să-ţi construieşti calea proprie spre autohipnoză".*

În hipnoză, cea mai bună tehnică este totdeauna cea mai simplă, şi aceasta este tehnica numărării (evitaţi să-i cereţi subiectului să stea culcat, pentru că astfel se induce mai curând somnul decât hipnoza), un exemplu fiind următorul:

Aşezaţi-vă într-o poziţie confortabilă, cu capul sprijinit, închideţi ochii şi începeţi să număraţi. Număraţi lent până când ajungeţi la starea de destindere dorită. Unii oameni au şi făcut un fel de pact cu ei înşişi, de tipul: când voi ajunge cu numărătoarea la 10 mă voi afla într-o hipnoză uşoară, când voi ajunge la 20 voi fi într-o hipnoză moderată, iar când voi ajunge la 25, voi putea să mă ocup de problemele mele în stare de autohipnoză.

Există persoane care, în loc să numere, preferă să repete mereu serii de numere: 1–2–3–4–5; 1–2–3–4–5 sau să repete în gând literele alfabetului, iar aceasta le aduce aminte de experienţele din copilărie (invitaţia la regresie reprezintă o sugestie hipnotică). *O altă modalitate de a obţine starea dorită este să vă vedeţi sau să vă simţiţi pe dumneavoastră înşivă coborând într-o grădină în terase sau dimpotrivă, urcând o scară către stele, plutind tot mai uşor de la o treaptă la alta, fiecare treaptă ducând spre un nivel mai profund al hipnozei. Puteţi să vă imaginaţi oricâte trepte sau oricâte terase, câte credeţi că v-ar fi necesare pentru a atinge starea dorită.* (Există persoane care au imaginaţie mai curând kinestezică decât vizuală. Cei care îşi imaginează starea de autohipnoză ca un fel de

zbor pot să nu agreeze imaginea de a zbura în jos. De asemenea, conceptul de a coborî sau de a se cufunda poate fi anxiogen pentru unii subiecţi. Oferiţi-i subiectului posibilitatea de a alege între imaginea urcării şi coborârii şi mai ales ţineţi cont de informaţiile pe care acesta vi le-a furnizat în cadrul interviului.)

Unii oameni preferă să folosească mai multe imagini: poate v-ar plăcea să vă imaginaţi că plutiţi într-o barcă pe apele unui râu, admirând razele soarelui ce se strecoară printre frunzele pomilor şi se reflectă în apa al cărei clipocit plăcut vă produce o stare de hipnoză. (Asiguraţi-vă că subiectul nu se teme de apă.) *Sau poate v-ar plăcea să vă imaginaţi că plutiţi pe un nor sau exploraţi cu ochii minţii galaxiile. Puteţi să utilizaţi orice reverie diurnă care vă face plăcere. Alţi oameni preferă să se joace cu culorile, imaginându-şi un fel de caleidoscop interior sau un punct colorat pe care îl privesc cu ochii minţii, închipuindu-şi că se apropie tot mai mult şi devine tot mai mare, până când norul colorat îi învăluie complet, cufundându-i în hipnoză. Alţii preferă imagini şi sunete familiare, cum ar fi tictacul ceasornicului, zgomotul valurilor mării, melodia preferată sau ritmul propriei respiraţii.* (Concentrarea asupra unor procese interioare (respiraţia) tinde să accentueze hipnoza.)

Alegeţi acea metodă care vi se potriveşte mai bine şi concentraţi-vă asupra a ceea ce v-aţi propus timp de câteva minute. Repetaţi acest exerciţiu de concentrare timp de câteva minute, imaginaţi-vă că intraţi în autohipnoză prin metoda aleasă. Aşezaţi-vă comod, cu capul sprijinit, închideţi ochii cu intenţia clară de a intra în autohipnoză. Simţiţi tremurul uşor al pleoapelor ca atunci când vi s-a indus hipnoza în cabinet. Bucuraţi-vă de starea plăcută de relaxare în care vă puteţi cufunda după dorinţă. Repetaţi de câteva ori în gând întregul scenariu. Este autohipnoza dumneavoastră.

Veţi învăţa să controlaţi starea de transă în felul următor. Eu voi număra de la 5 la 1. Înainte ca eu să ajung cu numărătoarea la 1, vă voi atinge fruntea cu degetul. Când veţi simţi atingerea degetului meu, utilizaţi tehnica personală care vă va aduce înapoi în hipnoză, într-o stare puţin mai profundă decât cea în care vă aflaţi acum: „5–4 —, e bine aşa; 3, suntem la jumătatea drumului; 2 (terapeutul atinge cu degetul fruntea subiectului) — acum intraţi prin metoda personală în autohipnoză. Mergeţi mai profund decât aţi făcut-o prima oară (sugestiile susţin ideea că subiectul va avea autocontrolul stării sale). *Atingerea degetului meu serveşte drept întărire pentru faptul că utilizaţi bine tehnica de autohipnoză. Acum observaţi dacă ceea ce aţi realizat aici în cabinet împreună cu mine seamănă cu propria tehnică de autohipnoză utilizată. În cazul în care credeţi că sunt necesare*

unele modificări, faceţi-le acum. (I se oferă subiectului posibilitatea să mai realizeze o încercare, de data aceasta într-un mod diferit.)

Acum voi întări din nou tehnica, aşa cum am făcut înainte. Eu voi începe să număr de la 5 la 1 şi, înainte de a ajunge cu numărătoarea la 1, veţi simţi atingerea degetului meu arătător şi veţi reveni la o stare de relaxare, mai profundă decât cea în care vă aflaţi în clipa de faţă 5–4–3 (atingerea frunţii) — *reîntoarce-ţi-vă acum la starea de relaxare pe cale proprie. Atingerea degetului meu arătător nu este decât o întărire pentru modul personal în care intraţi în hipnoză.* (Se accentuează ideea că subiectul are controlul situaţiei. Acesta este aprobat pentru ceea ce face.) *Lăsaţi-vă dus spre o stare de relaxare mai adâncă şi mai plăcută, stare care este potrivită pentru dumneavoastră în momentul de faţă. E foarte bine aşa. Aţi învăţat acum o tehnică pe care o veţi putea utiliza atunci când, dintr-un motiv sau altul, veţi dori să aprofundaţi starea de autohipnoză. E bine să ştiţi că noi nu putem forţa în niciun fel inconştientul să realizeze ceva. Nu-l putem deci nici forţa să intre într-o hipnoză mai profundă. Putem, în schimb, să-l încurajăm şi vom face acest lucru în tehnicile de adâncire a autohipnozei.* (Pentru ca tehnica autohipnozei să aibă succes, este bine ca subiectul să exerseze zilnic şi, pe cât posibil, la aceeaşi oră.) *Va fi o întâlnire cu dumneavoastră înşivă. Dacă acordaţi autohipnozei 5 sau 15 minute, are mai puţină importanţă. Cu adevărat important este să se lucreze zilnic, pentru că autohipnoza reprezintă un reflex condiţionat: cu cât o practici mai mult, cu atât reuşeşti mai bine şi cu cât reuşeşti mai bine, cu atât este mai folositoare.*

Subiecţilor trebuie să li se facă unele precizări:

- Frecvent, tehnica aplicată acasă nu dă rezultate la fel de bune ca cea realizată împreună cu terapeutul. Dacă subiectul este prevenit, el nu va mai fi dezamăgit.
- I se va atrage atenţia pacientului că nivelul de profunzime a autohipnozei este rareori identic cu cel al heterohipnozei, mai ales la începători.
- Subiectul trebuie să ştie că, atunci când realizează autohipnoza, o mică parte a conştiinţei rămâne în stare de atenţie pentru a conduce procesul, în timp ce în heterohipnoză şi acea mică parte poate să se relaxeze.
- Trebuie menţionat faptul că şi în cazul în care subiectul atinge doar o stare foarte uşoară, experienţa fiind dezamăgitoare, totuşi merită efortul de a continua pentru că orice nouă experienţă nu face decât să întărească tehnica.

- Subiectul trebuie învățat să utilizeze propoziții simple, afirmative, să evite negațiile și să limiteze lucrul doar la una sau două probleme pe care le are de rezolvat în cursul unei singure ședințe de autohipnoză.

Iată prezentate în continuare o serie de teme pentru acasă, propuse de Hunter, ce conțin sugestii de introdus în exercițiile de autohipnoză prin care clientul este invitat să converseze cu inconștientul său (Hunter, 1988, p. 102):

Ședința I

a) Prima temă pe care i-o vom da inconștientului se referă la strângerea de informații. Veți explora trecutul, prezentul și poate chiar viitorul pentru a intra în posesia acelor informații care vă sunt utile în cursul psihoterapiei. Inconștientul va aduna pentru dumneavoastră aceste informații, le va organiza, le va filtra și va fi gata să le prezinte mentalului conștient, la timpul potrivit și în forma potrivită. Probabil nici nu vă puteți da seama că acest proces are loc, deoarece el se desfășoară dincolo de pragul conștiinței. Din când în când, poate ar fi bine să aruncați o privire dincolo de acest prag și atunci o amintire veche vă poate veni în minte și chiar vă veți întreba: „Oare de ce m-am gândit tocmai la asta?" Se poate întâmpla ca un lucru care până atunci părea confuz să devină dintr-odată clar, fără să știți de ce, sau e posibil să priviți din alt punct de vedere un lucru la care v-ați gândit mai înainte de sute de ori, surprinși de faptul că nu l-ați examinat până atunci din noua perspectivă. (Pacienții relatează frecvent în cursul celei de-a doua ședințe că și-au amintit tot felul de lucruri din trecut.) *Dacă aceste lucruri se întâmplă, veți remarca că ele se desfășoară la un nivel foarte subtil.*

b) A doua temă pe care o dăm inconștientului seamănă cu prima și amândouă pot fi realizate simultan: îi cerem inconștientului să reevalueze vechi probleme care au legătură cu perioada prezentă (sugestii pentru modificarea perspectivei). *De pildă, copilului care ați fost, casa părintească i se părea uriașă, în timp ce adultului de acum ea îi poate părea normală, dacă nu chiar mică. Nu casa s-a schimbat, ci noi ne-am schimbat.*

Deci toate interpretările de odinioară erau valabile, dar pentru timpul de atunci, pentru că la acea dată erați o persoană diferită. Este bine să lăsăm inconștientul să reevalueze vechile lucruri, perfect valabile și folositoare atunci, dar care nu mai sunt valabile și folositoare într-o altă etapă a existenței noastre. (Noua perspectivă poate modifica viziunea asupra unui eveniment.) *De aceea, este bine ca asemenea experiențe să fie*

reevaluate, modificate, aduse cumva la zi, astfel încât să fie încheiate şi puse deoparte. Înlăturând vechile experienţe care s-ar putea să vă deranjeze şi în prezent, faceţi loc pentru noi lucruri bune care trebuie să se întâmple. (Se sugerează că se vor întâmpla noi evenimente pozitive.)

Şedinţa a II-a

A sosit deja timpul ca eu să mă adresez mai direct inconştientului dumneavoastră, aşa că lăsaţi-vă mintea conştientă să facă ceea ce doreşte. Dacă ea preferă să asculte, este foarte bine. Dacă vrea să-şi ia zborul este, de asemenea, foarte bine. Eu mă voi adresa direct inconştientului, pentru că a sosit timpul să-i mai trasez o sarcină. Prima temă constă în a-i cere inconştientului să aleagă din noianul de informaţii culese exact acea informaţie care este relevantă pentru o anumită situaţie particulară. Lăsaţi inconştientul să aleagă el situaţia respectivă. Noi putem să credem că o anumită situaţie trebuie să fie în atenţia noastră, dar inconştientul deţine mult mai multe informaţii despre situaţia respectivă decât conştientul. Să dăm conştientului libertatea de a alege situaţia şi de a extrage acea informaţie pe care o consideră relevantă şi să procedeze aşa cum crede el de cuviinţă.

Veţi avea astfel o săptămână interesantă, pentru că ceva în viaţa dumneavoastră se va schimba un pic în sens pozitiv şi nu ştim încă exact despre ce este vorba (puţin mister are un caracter incitant pentru subiect). *Va fi probabil un lucru minor, ceva vi se va părea mai uşor de făcut, nu vă va mai deranja în aceeaşi măsură, veţi găsi o nouă cale de a realiza acel lucru etc. Deoarece este vorba de un lucru neînsemnat, păstraţi conştiinţa trează pentru a fi capabil să recunoaşteţi mica schimbare şi, când o găsiţi, bucuraţi-vă de ea* (căutaţi un lucru bun şi cu siguranţă îl veţi găsi).

A doua temă este identică cu cea pe care aţi mai realizat-o deja: lăsaţi inconştientul să reevalueze vechi probleme, valabile la timpul respectiv, dar care acum au devenit piedici, sunt învechite şi ar trebui revizuite, modificate, vindecate, astfel încât să fie pe deplin încheiate şi puse deoparte. În felul acesta veţi face loc pentru lucruri Noi şi Bune care deja se întâmplă. Da, da! Ele se întâmplă deja. (Se accentuează termenul „vindecate". Sugestia de vindecare este preluată direct.) *Veţi recunoaşte cu siguranţă starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzaţia plăcută de plutire, de linişte, parcă de pierdere a percepţiei propriului corp, cât şi după starea afectivă agreabilă de linişte, calm şi încredere.*

Odată starea instalată, putem investiga inconştientul în legătură cu propriile probleme şi apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga

existență, devenind mai sănătoși, mai echilibrați, mai fericiți, mai eficienți. Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii pozitive și prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriți să vă transformați.

A dori și a spera nu atrag automat după sine nicio schimbare. În schimb, stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând treptele de urmat pentru a face ca o schimbare dorită să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorințele noastre devin scopuri pentru inconștient, se fixează sub forma unor programe care ne dirijează existența. Din păcate, adesea, aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea. Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm trebuie să fim animați de dorința fierbinte de a reuși să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru individ, astfel încât să-l facă să-și mobilizeze forțele pentru a-l atinge.

În același timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un obiectiv stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca și celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. înlocuiți formularea „nu mai vreau să fiu grasă" cu formularea „mă văd suplă". Unii autori consideră că ceea ce s-a prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca și cum", ceea ce înseamnă „comportați-vă ca și cum ați fi deja persoana care doriți să deveniți".

Autohipnoză și rezolvarea problemelor (Hunter, 1988)

Rezolvarea problemelor în stare de hipnoză îi oferă subiectului posibilitatea să facă ceva în mod diferit. Oamenii sunt, de regulă, atât de prinși în cercul vicios al dilemelor lor, încât au impresia că nu mai există nicio soluție. Tehnicile propuse de Marlene Hunter nu sunt altceva decât modalități de schimbare a sistemului de referință prin prisma căruia este privită problema. Persoanele care se prezintă la psihoterapie așteaptă un fel de cură miraculoasă care să le rezolve situația, dorind mai curând să-i schimbe pe ceilalți decât pe sine, ceea ce reprezintă o cerință nerealistă. Hipnoza le oferă oamenilor

o modalitate neanxiogenă de ieşire din starea în care se află — un nou mod de abordare a situaţiei.

Tehnica celor trei cutii (Hunter, 1988)

Metoda pe care o vom învăţa astăzi este foarte simplă, parcă ar fi un joc de copii şi, datorită simplităţii ei, se potriveşte oricărui fel de problemă. Mai mult, tehnica fiind simplă, nu va trebui să irosiţi energie pentru aplicarea ei, ci doar pentru rezolvarea situaţiei care vă frământă. Gândiţi-vă, pentru început, la o problemă de mică importanţă din viaţa dumneavoastră, la un lucru pe care aţi dori să-l faceţi mai bine decât îl faceţi la ora actuală. Analizaţi situaţia problematică desprinzând elementele ei componente.

Imaginaţi-vă că aveţi trei cutii. Pe prima cutie se află o etichetă pe care scrie „Ceilalţi oameni". Imaginaţi-vă că aşezaţi în această cutie toate părţile problemei care sunt generate de alţi oameni. Desigur, poate să apară tentaţia de a considera că întreaga problemă este generată de ceilalţi, dar, dacă ne gândim mai bine, ne dăm seama că nu este chiar aşa. Pe a doua cutie „lipiţi" eticheta „Realitatea" şi aşezaţi în ea datele realităţii obiective. De pildă, dacă aveţi un termen pentru o lucrare, data respectivă va fi aşezată în cutia imaginară pe care scrie „Realitatea". Dacă termenul este stabilit de o altă persoană, schimbaţi plasamentul revenind la prima cutie. A treia cutie se referă la propria persoană şi poartă eticheta „Eu". Aici veţi „plasa" reacţiile personale şi trăirile legate de situaţia respectivă, cum ar fi, de pildă, reacţia la gândul că se apropie termenul de predare a lucrării. Îşi vor găsi locul aici teama, mânia, mândria, tristeţea, experienţele trecute, dorinţele, aşteptările.

Luaţi apoi cutia pe care scrie „Ceilalţi oameni" şi aruncaţi-o cât mai departe, pentru că este limpede că nu-i putem schimba pe ceilalţi. Desigur, ceilalţi se pot schimba, dar ei o vor face sub imperiul nevoii lor interioare. Atenţie, nu „aruncaţi" la coş oamenii care pot fi persoane semnificative în viaţa dumneavoastră (soţi, copii, părinţi, prieteni), ci doar partea lor de contribuţie la situaţia care vă face nefericiţi. Luaţi acum a doua cutie pe care scrie „Realitatea" şi aruncaţi-o deoparte, pentru că e limpede că nu putem modifica datele realităţii obiective. Situaţia se poate schimba, desigur, dar atunci avem de-a face cu un nou set de date obiective.

Dacă analizaţi acum problema dumneavoastră, veţi constata că ea are o configuraţie diferită: în primul rând este mai mică şi în al doilea rând au rămas din ea acele părţi în privinţa cărora se poate face ceva. Să deschidem

acum cutia a treia. S-ar putea ca în interiorul ei să existe anumite elemente care, într-adevăr, nu se pot schimba (de pildă, nu putem să ne modificăm vârsta, în cazul în care pensionarea este problema care ne supără). Unele persoane ar decide să pună acest element în categoria „Realitatea", deşi fiind un factor personal, poate fi plasat în cutia „Eu". În cutia a treia s-ar putea să existe şi unele elemente care se pot schimba, dar pe care, dintr-un motiv sau altul, nu doriţi să le schimbaţi. Nu are importanţă care sunt motivele acelea (egoiste, banale), trebuie doar să recunoaşteţi respectivele elemente şi să le plasaţi în cutie într-un loc accesibil, astfel încât să le puteţi reevalua atunci când veţi dori s-o faceţi.

Au mai rămas acum puţine elemente în cutia a treia, poate unul sau două, şi pe acestea sunteţi gata să le schimbaţi. Acesta reprezintă începutul unei rezolvări constructive a problemei. Observaţi aceste mici părţi ale problemei, părţi pe care doriţi să le schimbaţi, şi începeţi prin a opera prima modificare. Curând veţi fi surprins să constataţi că lucrurile care vă deranjau nu mai constituie o „problemă", ci doar o situaţie pe care o puteţi stăpâni foarte bine.

Metafora punţii şi a bolovanului (Hunter, 1988)

Imaginaţi-vă că urcaţi cu greu un munte înalt. Pe drumul stâncos este foarte cald. În dreapta şi în stânga sunt stânci şi prăpăstii. Sunteţi foarte obosit şi însetat şi nu se întrevede nicio uşurare. Din câte ştiu, acesta este singurul drum pe care puteţi merge pentru a ajunge acolo unde doriţi şi este foarte important să vă atingeţi ţinta. Deci, urcaţi însetat şi obosit, luptând cu înălţimile, treaptă cu treaptă. (Treaptă cu treaptă, pas cu pas, reprezintă sugestia de a nu sări peste etape.) *Mai faceţi un pas şi încă un pas. Deodată observaţi că o stâncă mare, rostogolită de undeva de sus, vă barează calea* (metafora dificultăţii neaşteptate). *Ce este de făcut? Puteţi, dacă doriţi, să vă continuaţi călătoria împingând bolovanul şi înaintând aşa.*

Este foarte obositor şi presupune un mare consum de timp şi energie, dar o puteţi face. Unii oameni sunt în stare s-o facă. (Unii subiecţi nu-şi dau seama că au posibilitatea de alegere şi continuă să lupte cu încăpăţânare făcând mereu acelaşi lucru.) *Aţi putea folosi puţin din energia dumneavoastră şi, în loc să împingeţi bolovanul înainte, l-aţi putea deplasa puţin într-o parte, doar puţin, cât să vă strecuraţi pe lângă el. Sau aţi putea să vă căţăraţi pe stânci şi să ocoliţi drumul principal, după care*

aţi reveni la el. Aţi ajuns cumva de partea cealaltă a drumului şi vă puteţi continua călătoria, în acelaşi timp vă puteţi întoarce oricând pentru a ataca obstacolul într-un mod diferit în viitor dacă, bineînţeles, doriţi s-o faceţi. (Pacientul nu a „distrus punţile" şi poate aborda obstacolul altă dată.)

Să presupunem că aţi procedat aşa. Vă aflaţi de cealaltă parte a bolovanului, continuându-vă călătoria, şi drumul devine tot mai îngust, tot mai abrupt, mai plin de praf. Stâncile sunt tot mai colţuroase şi prăpăstiile, tot mai adânci. Mergeţi mereu înainte şi nu vedeţi capătul drumului, dar continuaţi să urcaţi. La un moment dat ajungeţi la o prăpastie adâncă şi constataţi că podul peste respectiva prăpastie s-a rupt. Vedeţi cum drumul continuă de partea cealaltă. (Se sugerează ideea că orice problemă implică mai multe dificultăţi.) *Ce este de făcut? Dacă doriţi, vă puteţi continua călătoria căţărându-vă cu dificultate pe peretele stâncos din partea laterală a prăpastiei. Este un drum dureros şi greu, dar unii oameni îl parcurg* (metafora pentru depresie). *Aţi putea însă să vă folosiţi toată imaginaţia şi creativitatea pentru a găsi o modalitate de a realiza o punte provizorie peste prăpastie.*

S-ar putea să răsturnaţi un copac peste prăpastie, astfel încât crengile lui să ajungă de cealaltă parte a râpei, sau să împletiţi o frânghie din ierburi ori aţi putea folosi curcubeul drept punte. (Pacientul deţine în el informaţia cu privire la ce are nevoie.) *Trebuie să treceţi dincolo şi să vă continuaţi călătoria. Puteţi oricând reveni pentru a cerceta prăpastia dacă acest lucru este important pentru dumneavoastră.* (Poate altădată pacientul doreşte să ştie ceva mai mult despre acest obstacol.) *Dar dacă uneori vă simţiţi blocat în acţiunile pe care intenţionaţi să le întreprindeţi, solicitaţi inconştientul să gândească pentru dumneavoastră problema, utilizând imaginile cu stânci şi punţi, pentru că totdeauna există o soluţie.*

Rescrierea scenariului de viaţă (Hunter, 1988)

Pacientul nu se află în hipnoză când începe aplicarea acestei tehnici. I se administrează următorul instructaj:

Săptămâna trecută, când v-aţi aflat în hipnoză, v-aţi amintit de o experienţă foarte neplăcută pe care aţi trăit-o demult. (Unii terapeuţi obişnuiesc să solicite mai multe detalii cu privire la experienţa respectivă. Marlene Hunter preferă să cunoască doar cadrul general şi să lase inconştientul pacientului să prelucreze informaţiile în modul său

particular.) *Am căzut amândoi de acord că vom încerca să alinăm suferința trecută. Adesea obișnuim să ne spunem: „Dacă aș fi știut atunci ceea ce știu acum, aș fi procedat cu totul altfel". Desigur, oricine ar fi procedat așa. Dar să nu uităm că atunci nu am știut și am procedat cât se poate de bine ținând seama de informațiile de atunci* (validarea deciziilor anterioare). *Sunt sigur că ați procedat în modul cel mai corect la timpul respectiv. De asemenea, noi tindem să credem că, dacă am fi procedat altfel, ar fi fost mai bine. Să nu uităm însă că nu avem de unde să știm acest lucru* (deculpabilizarea subiectului). *Ceea ce știm sigur este că, dacă am fi procedat altfel, evenimentele ulterioare ar fi fost diferite, fără să putem ști dacă ar fi fost mai bune sau mai rele.*

Acum, când știți multe, puteți vedea retrospectiv diverse alternative ale situației respective. În stare de hipnoză, vă veți întoarce în timp și veți retrăi situația respectivă așa cum ați fi dorit să fie. Desigur, mintea dumneavoastră conștientă știe foarte bine ce faceți, dar inconștientul poate folosi experiența hipnotică pentru a vindeca vechile răni. Așezați-vă confortabil în fotoliu și urmăriți cu privirea degetul meu care coboară încet până când vă atinge fruntea. În timpul acesta, ochii dumneavoastră se închid, simțiți un ușor tremor al pleoapelor și intrați în hipnoză în modul dumneavoastră personal, până la acel nivel care vă este necesar pentru a obține ceea ce doriți să obțineți astăzi. E bine așa. Când credeți că ați atins profunzimea dorită, inspirați adânc ca să știu și eu că vă aflați în starea optimă. E bine așa. Vă simțiți în siguranță în stare de hipnoză în cabinetul meu. Când veți simți atingerea degetului meu pe fruntea dumneavoastră, lăsați inconștientul să se întoarcă în timp, atunci când a avut loc acea experiență dureroasă. Simțindu-vă apărat și în siguranță la mine în cabinet, retrăiți în plan mental experiența respectivă. Dacă vă vine să plângeți, plângeți. Lacrimile vor spăla vechea durere. Dacă o să-mi dați voie, o să vă șterg eu lacrimile. (Nu trebuie să atingem subiectul fără să-i cerem permisiunea.) *Când ați terminat de retrăit experiența neplăcută în gând, faceți-mi un semn.* (Pacientul dă din cap.) *Bine.*

Acum lăsați inconștientul să se întoarcă din nou în timp și retrăiți de data aceasta experiența așa cum ați fi dorit să fie, scoțând la iveală toate informațiile, cunoștințele și nivelul de înțelegere pe care le aveți acum. Folosiți tot ce ați învățat de-a lungul timpului pentru a reașeza vechea experiență într-un nou cadru. Știți deja cum trebuie să faceți asta. E bine așa. Când ați terminat de modificat cadrul din care priviți vechea experiență neplăcută, lăsați din nou inconștientul s-o retrăiască, ca și cum ar fi prima oară. Când procedați astfel, conștientizați faptul că se produce un proces de

vindecare. Simţiţi cum are loc vindecarea. Căutaţi s-o trăiţi. Rămâneţi cât timp doriţi în stare de hipnoză. Eu voi fi atent la ceas pentru dumneavoastră. Lăsaţi procesul inconştient să lucreze şi să vindece toate amintirile dureroase, astfel încât acestea să vi se pară îndepărtate, să nu vă mai tulbure atunci când le priviţi cu ochii minţii dintr-un nou punct de vedere.

Vom menţiona aici şi faptul că pacientului i se va explica faptul că logica şi cuvintele reprezintă modul de operare al conştientului, în timp ce inconştientul operează cu imagini, metafore, simboluri şi este foarte dificil de lucrat cu imagini negative pentru că mentalul creează exact imaginea pe care, prin cuvinte, îi cerem să n-o creeze. Astfel, în loc să ne spunem: „Nu mi-e teamă", este bine să ne spunem: „Mă simt calm". Subiectul poate să conştientizeze şi faptul că există unele cuvinte prin care el se autosabotează, cum ar fi cuvântul „încearcă". Ori de câte ori se foloseşte acest cuvânt, în el se află posibilitatea implicită a eşecului. În loc de „încearcă" se pot folosi alţi termeni ca, de pildă, „caută", „învaţă" etc. Cel mai bine este să se utilizeze sugestii explicite atunci când se urmăreşte modificarea sistemului de referinţă din care este privită problema. Astfel, afirmaţia „Totdeauna încurc lucrurile" devine „Viaţa m-a învăţat unele lucruri utile" sau „Niciodată nu mă voi însănătoşi" devine: „Sunt convins că în viitor o să mă simt din ce în ce mai bine".

Fisher (2002, p. 195) ne propune următorii paşi pentru construirea unei strategii terapeutice specifice în cadrul aplicării autohipnozei:

1. Identificaţi problema şi modificările pe care doriţi să le obţineţi.

Spuneţi-vă în gând sau scrieţi: „Acest lucru pe care îl fac mă nemulţumeşte şi de aceea aş dori să fie diferit. În sensul acesta aş dori să mă schimb". Pentru că motivaţia reprezintă un lucru important întrebaţi-vă: „Cât de important este pentru mine să mă schimb?"; „Cât de hotărât sunt să o fac?"

2. Identificarea avantajelor

Descrieţi modul în care veţi profita de pe urma rezolvării problemei sau modificării situaţiei. Notaţi cât mai multe avantaje puteţi identifica.

3. Imaginaţi-vă fără problema care vă tulbură.

Dacă puteţi, amintiţi-vă de perioada când nu aveaţi problema respectivă: cum v-aţi simţit atunci?; cum aţi acţionat?; dacă problema a existat dintotdeauna, imaginaţi-vă cum ar fi viaţa fără ea. Staţi jos, într-o poziţie confortabilă, cu ochii închişi şi imaginaţi-vă că vă comportaţi în modul în care doriţi să vă comportaţi. Realizaţi un

scenariu făcând apel la memorie şi imaginaţie, utilizând toate modalităţile senzoriale: culori, sunete, mirosuri etc. Imaginaţi-vă atât modificările, cât şi avantajele obţinute. Modificaţi imaginile, jucaţi-vă cu ele până când ajungeţi la acele imagini care vi se potrivesc.

Exemple de studii de caz

1) Mariana, 34 de ani, agorafobie

Problema mea: „Mă simt încordată şi anxioasă atunci când mă aflu în locuri aglomerate. Aş dori să pot merge când şi unde doresc şi să mă simt relaxată".
Avantajele schimbării:

- Voi fi capabilă să merg la spectacole cu prietenii;
- Voi putea să-mi găsesc un loc de muncă mai bun şi chiar mai multe colaborări;
- Voi putea să ies în oraş cu copiii mei.

Modul în care aş dori să acţionez şi să mă simt:

- Mă văd pe mine de ziua fiului meu la aniversarea vârstei de cinci ani, când am mers împreună cu familia la McDonald's. M-am simţit liberă şi veselă, chiar dacă în jurul meu erau foarte mulţi oameni;
- Mă văd mergând la operă la matineu duminică cu trei dintre cele mai bune prietene;
- Mă văd mergând spre noul serviciu, care se află la o bancă din centrul oraşului.

2) Irina, 42 de ani, obezitate

Problema mea: „Am 15 kilograme în plus şi aş dori foarte mult să slăbesc pentru a arăta bine la nunta fiicei mele".
Avantajele schimbării:

- Voi arăta mai bine la nunta fiicei mele;
- Voi arăta mai bine în poze;
- Voi avea o părere mai bună despre mine;
- Voi fi mai atrăgătoare.

Modul în care aş dori să acţionez şi să mă simt:

- Mă văd pe mine aşa cum eram în urmă cu câţiva ani, când am fost la un restaurant franţuzesc şi mi-am ales cu atenţie meniul comandând exact ce mi-am dorit. Am mâncat foarte încet, savurând fiecare înghiţitură. Mi-am amintit cât de graţioasă era o franţuzoaică subţire care mânca desertul, savurând fiecare linguriţă de îngheţată.
- M-a surprins faptul că m-am simţit sătulă după ce am consumat o cantitate mică de alimente alese cu grijă. Mă văd pe mine făcând acelaşi lucru în fiecare zi. Aleg cu grijă alimentele, mănânc încet şi savurez mâncarea.

- Mă văd la cununia fiicei mele, subţire şi atrăgătoare, mă bucur de nuntă şi de modul în care arăt.

3) Jeny, 36 de ani, fobie de stomatolog

Problema mea: „Mi-e frică să mă duc la stomatolog, deşi ştiu că este absolut necesar să o fac".

Avantajele schimbării:

- Gingiile mele vor înceta să sângereze;
- Voi scăpa de durerile de dinţi;
- Voi avea mai puţine probleme cu dinţii atunci când voi îmbătrâni.

Modul în care aş dori să mă simt şi să acţionez:

- Mă văd pe mine discutând cu prietenii despre faptul că am găsit un dentist bun şi, deşi mi-e teamă, am fixat o întâlnire cu acesta.
- Mă văd mergând spre cabinetul stomatologic, mulţumită de faptul că am grijă de mine. Intru în cabinet, sunt încă speriată, dar mă relaxez în timp ce îi vorbesc medicului despre problemele mele. Pe măsură ce mă examinează, îmi îndrept atenţia spre interior şi mă relaxez tot mai mult. Sunt convinsă de faptul că stomatologul este competent şi mă va îngriji cum trebuie. Mă văd la sfârşitul tratamentului cu dinţi frumoşi şi albi şi cu gingii sănătoase.

Imaginile elaborate în stare de veghe vor fi utilizate în transa hipnotică. Exerciţiul se practică de 3–4 ori pe zi, timp de 90 de secunde.

Fisher (2002, p. 199) ne prezintă de asemenea o serie de instrucţiuni legate de modul în care trebuie construite imaginile asupra cărora subiectul se va concentra în timpul autohipnozei.

1. Utilizaţi imaginaţia pentru a elabora exemple concrete referitoare la modul în care doriţi să acţionaţi şi să vă simţiţi. Exerciţiul va fi şi mai util dacă se bazează pe elemente din trecut în care v-aţi simţit sau aţi acţionat aşa cum aţi dorit.

2. Includeţi în cadrul exerciţiului şi avantajele ce vor putea fi obţinute în urma modificărilor comportamentale. Consideraţi modificările de comportament ca pe un dar pe care vi-l faceţi dumneavoastră.

3. Vizualizaţi-vă comportându-vă aşa cum doriţi să fiţi văzuţi de ceilalţi şi de propria persoană. Marea majoritate a oamenilor vor să fie văzuţi într-o lumină favorabilă, care îi face să fie mândri de ei înşişi.

4. Spuneţi-vă în gând: „Acesta este modul în care doresc să acţionez, să mă simt şi să fiu văzut de ceilalţi. Acest lucru îmi displace în modul în care mă comport acum şi va fi modificat". Definiţi obiectivele în termeni pozitivi şi evitaţi să utilizaţi verbul „trebuie" sau „nu trebuie".

5. Modificați exercițiul atunci când acesta are tendința de a căpăta un caracter superficial.

Pacienții întreabă adesea cum trebuie să construiască aceste exemple: să-și spună în gând ce trebuie să facă și cum trebuie să se simtă?; să se vizualizeze pe sine comportându-se într-un anumit fel, ca într-un film?; să simtă modul în care ar dori să activeze?

Practica clinică a demonstrat că pot fi utilizate toate aceste metode, izolat sau în combinație.

Una dintre cele mai simple metode este cea a *ecranului mental* (Fisher, 2002, p. 201):

1. Odată intrați în transă, imaginați-vă un ecran cu trei secțiuni. În secțiunea din mijloc proiectați ceva ce s-a petrecut astăzi: o ședință cu șeful, o întâlnire, un film etc. pe care le lăsați să plece, plutind la întâmplare. Apoi proiectați o scenă legată de problema care vă tulbură, cu multe detalii, până când simțiți că sunt evocate anumite trăiri afective. Umpleți imaginea cu cât mai multe amănunte și jucați-vă rolul în cadrul ei.

2. Cu atenția fixată în ecranul central, identificați acele elemente care vă fac să vă simțiți anxioși, triști, furioși sau supărați. Aceste elemente le proiectați apoi în ecranul din stânga.

3. Identificați apoi acele elemente care vă fac să vă simțiți bine, creativi, implicați, eficienți și proiectați-le în ecranul din dreapta.

4. Pe măsură ce se derulează diverse scene pe ecranul central, elementele aflate în ecranele din dreapta și din stânga rămân neschimbate. Observați și reflectați asupra conținuturilor aflate în cele trei ecrane. Vedeți ce gânduri, idei și sentimente vă vin în minte.

Atunci când vă simțiți pregătiți, ieșiți din starea de transă.

Acest exercițiu este utilizat pentru explorarea propriilor idei, stări și sentimente.

Exemplu

Lena, o compozitoare care i s-a adresat terapeutului pentru că se simțea blocată și nu mai putea să compună, s-a vizualizat pe sine în ecranul central povestindu-le părinților despre munca sa și ascultând comentariile lor. Aceste imagini au determinat-o să conștientizeze faptul că muncea pentru a-și mulțumi părinții, și nu pentru ea însăși. Pacienta a înțeles că blocajul ei în ceea ce privește creația reprezenta un protest inconștient față de această situație. Ea a mutat propria imagine de persoană blocată în ecranul din stânga, iar în cel din dreapta s-a imaginat pe sine compunând muzică pentru propria ei satisfacție și împlinire. Părinții nu mai apăreau în această imagine.

În practică se poate utiliza şi tehnica ecranului mental împărţit în două. Astfel, pacientei obeze i s-a sugerat faptul că în partea stângă a ecranului se vede pe sine la greutatea actuală, iar în partea dreaptă aşa cum ar dori să arate peste trei luni. În unele cazuri, pacientul poate fi instruit să-şi imagineze şi un ecran mental unic în care se vede pe sine acţionând şi simţindu-se aşa cum doreşte.

Intrarea în stare de transă prin autohipnoză

Cea mai eficientă metodă de a intra în transă constă în a suspenda orice evaluare sau autoobservare şi a lăsa trupul şi mintea să se relaxeze cât mai mult.

Prezentăm în cele ce urmează trei modele de inducţie hipnotică (după Fisher, 2002, p. 205).

- Inducţia prin metoda profilului hipnotic (HIP)

1. Luaţi o poziţie comodă, şezând pe un fotoliu sau culcat pe o canapea. Staţi cât se poate de comod.

2. Menţinând capul într-o poziţie relaxată, priviţi în sus, în punctul dintre sprâncene, cu ochii deschişi.

3. Închideţi ochii şi continuaţi să priviţi în punctul dintre sprâncene.

4. Inspiraţi, opriţi respiraţia şi număraţi încet până la 3.

5. Expiraţi şi relaxaţi ochii... relaxaţi tot corpul.

6. Imaginaţi-vă că plutiţi pe un nor pufos şi alb... simţindu-vă calm, liniştit, relaxat... confortabil.

7. Evocaţi imaginile pe care le-aţi construit anterior, încă în stare de veghe. Menţineţi imaginile pe ecranul mental aproximativ 90 de secunde sau mai mult, după cum doriţi.

8. Reveniţi treptat din relaxare, numărând de la 3 la 1. Când ajungeţi cu numărătoarea la 1, permiteţi-le ochilor să se deschidă.

- Tehnica levitaţiei braţului

1. Aşezaţi-vă comod pe un fotoliu şi plasaţi cotul drept pe braţul fotoliului.

2. Îndoiţi uşor braţul de la cot şi ridicaţi-l.

3. Acum observaţi braţul ca şi cum i-ar aparţine altei persoane. Priviţi cu atenţie o anumită parte a braţului, pe care o studiaţi ca şi cum aţi fi un

pictor, un sculptor sau un medic şi aţi dori să formaţi imaginea braţului pe ecranul mental.

4. Notaţi cu atenţie detaliile, pe măsură ce vă studiaţi braţul. Observaţi culoarea pielii, umbrele, diferenţele de nuanţă în textura pielii... micile modificări care apar.

5. Observaţi că braţul devine mai uşor sau mai greu (nu are nicio importanţă) şi începe să se mişte... Lăsaţi-l să se mişte foarte... foarte încet... foarte încet... cu câte un centimentru la fiecare cinci minute.

6. Pe măsură ce studiaţi braţul, începeţi să clipiţi... Puteţi lăsa pleoapele să clipească... să se închidă sau puteţi rămâne cu ochii deschişi, cum doriţi.

7. Dacă aţi decis să lăsaţi ochii să se închidă şi braţul să plutească, menţineţi imaginea braţului pe ecranul mental... relaxaţi-vă şi deplasaţi-vă în plan imaginar până la locul preferat, unde vă simţiţi confortabil. În acest moment, vă simţiţi total relaxat şi cu atenţia concentrată spre interior. Acum sunteţi gata să aplicaţi strategia pe care aţi pregătit-o pentru a rezolva problema care vă tulbură. Sunteţi pregătit să dialogaţi cu trupul şi cu mintea dumneavoastră.

8. Evocaţi imaginile create, pe care le menţineţi pe ecranul mental 90 de secunde sau mai mult.

9. Pentru a ieşi din transă număraţi încet de la 10 la 1. Când aţi ajuns cu numărătoarea la 3, lăsaţi ochii să se deschidă, iar când aţi ajuns la 1, deschideţi ochii complet.

- Tehnica autocondiţionării elaborată de Kreskin (1973)

Autorul utilizează termenul de autosugestie în loc de autohipnoză, dar esenţa metodei este aceeaşi.

1. Luaţi o poziţie comodă, şezând sau culcat şi relaxaţi tot corpul.

2. Imaginaţi-vă o scenă care vă face să vă simţiţi relaxaţi: că staţi întins pe o plajă, într-o după-amiază liniştită, cu un soare blând, sau că vă odihniţi într-un fotoliu în faţa focului din sobă, după ce aţi făcut o plimbare în zăpadă sau că vă destindeţi pe malul unui râu de munte etc. Formaţi o imagine cât mai vie, cu cât mai multe detalii.

3. Închideţi ochii şi evocaţi marea albastră sau iarba verde sau culoarea roz a unui trandafir înflorit.

4. După câteva secunde, inspiraţi şi expiraţi de trei ori; la a treia expiraţie, menţineţi aerul în piept şi readuceţi imaginea culorii evocate de trei ori.

5. Expiraţi şi lăsaţi întregul corp să devină relaxat şi imobil, fără a face efortul de a pune în acţiune vreun mecanism. Rămâneţi relaxat şi număraţi

de la 1 la 50 într-un ritm foarte lent. Când ajungeţi cu numărătoarea la 50, veţi fi total relaxat, cu atenţia focalizată spre interior, gata să puneţi în acţiune strategia dinainte pregătită pentru a vă rezolva problema. Sunteţi gata să dialogaţi cu trupul şi mintea dumneavoastră.

6. Evocaţi imaginile create, pe care le menţineţi pe ecranul mental 90 de secunde sau mai mult.

7. Atunci când sunteţi gata să încheiaţi exerciţiul, număraţi de la 10 la 1 şi lăsaţi ochii să se deschidă.

Sanders (1991, p. 3) subliniază faptul că autohipnoza clinică a fost foarte multă vreme confundată cu heterohipnoza, astfel încât hipnoterapeuţii începători erau adesea derutaţi. Autohipnoza clinică reprezintă o stare autoindisă şi autodirecţionată către şi de către aceeaşi persoană (Fromm et. al., 1981), stare în care aceasta este în acelaşi timp subiectul şi cel care induce starea.

La baza autohipnozei se află capacitatea spontană a fiinţei umane, dar şi a unor animale, de a intra într-o stare specială (la subiecţii umani, avem de-a face cu o stare modificată de conştiinţă) atunci când sunt confruntaţi cu situaţii ameninţătoare sau foarte solicitante. Această stare are un caracter instinctiv arhetipal şi are un scop adaptativ, de a proteja existenţa fiinţei respective. Atât autohipnoza spontană, instinctivă, cât şi autohipnoza clinică reprezintă stări modificate de conştiinţă, la baza cărora se află activarea ritmului alfa cerebral. Spre deosebire de autohipnoza spontană, cea clinică a fost învăţată de către client sub îndrumarea terapeutului, acesta din urmă monitorizând imaginile şi sugestiile pe care şi le va aplica apoi singur în cadrul sarcinilor pentru acasă.

După Sanders (1991, p. 7), autohipnoza clinică poate fi aplicată în următoarele domenii:

- Dezvoltarea unor deprinderi precum ar fi cele specifice sportului, dansului, muzicii, altor tipuri de creaţii artistice sau activităţi intelectuale;
- Perfecţionarea deprinderilor respective;
- Învăţarea relaxării, fiind considerată astfel şi o metodă de autoreglare a stărilor psihice;
- Proiectarea şi atingerea unor obiective personale;
- Focalizarea atenţiei;
- Dezvoltarea disponibilităţilor creative;

- Optimizarea performanţelor sportive datorită perfecţionării capacităţii de concentrare a atenţiei şi a rafinării deprinderilor psihosomatice;
- Exersarea deprinderilor de a vorbi în public;
- Creşterea nivelului performanţelor în activităţile de învăţare (prin formarea unor deprinderi corecte de studiu, creşterea capacităţii de concentrare a atenţiei şi scăderea nivelului anxietăţii de performanţă);
- Reducerea anxietăţii sociale prin practicarea în autohipnoză a unei combinaţii de tehnici care presupun desensibilizare sistematică, rezolvarea de probleme şi imaginaţia dirijată;
- Eliminarea fobiilor simple sau specifice, cum ar fi de pildă fobia de zbor cu avionul;
- Dezvoltarea personală şi accesarea disponibilităţilor latente de creştere şi evoluţie a personalităţii, prin intermediul accesării unor instanţe specifice de natură inconştientă.

În cazul anumitor pacienţi, obiectivele specifice pot fi atinse cu mai multă uşurinţă dacă sunt formulate precis şi dacă se creează expectaţii corecte în raport cu atingerea lor. Astfel, dacă un client doreşte să zboare cu avionul fără să simtă teamă, această experienţă trebuie să-i fie prezentată în plan imaginativ ca fiind posibil de atins. Sugestiile cu conţinut pozitiv au menirea de a conduce la profeţii autoîmplinite de tip pozitiv. Pe de altă parte, sugestiile negative conduc la profeţii autoîmplinite cu conţinut negativ.

Pentru alte categorii de clienţi, este suficient să fie deschisă poarta către zonele inconştientului, permiţând gândurilor, imaginilor, percepţiilor sau senzaţiilor să iasă la iveală fără efort, fapt ce-i permite clientului să obţină un insight şi înţelegerea naturii problemelor sale. Tipul de abordare ce va fi ales în cursul autohipnozei va depinde de structura personalităţii clientului, de natura problemelor acestuia, dar şi de orientarea teoretică şi particularităţile terapeutului.

În timpul autohipnozei, clientul va fi încurajat să genereze astfel de experienţe care să conducă la atingerea următoarelor obiective:

- eliberarea tensiunilor;
- realizarea insightului;
- identificarea de noi soluţii;
- restructurarea unor conţinuturi psihice;
- întărirea stărilor afective pozitive;

- reducerea stărilor afective cu conținut negativ;
- creșterea capacității de autocontrol;
- dezvoltarea unor deprinderi de viață sănătoasă;
- transformarea unor senzații dezagreabile într-unele agreabile;
- reducerea unor simptome;
- înlocuirea unor simptome invalidante cu unele mai puțin invalidante.

Fenomenele psihofiziologice care se petrec în timpul autohipnozei sunt în general asemănătoare cu cele specifice heterohipnozei (Fromm *et al.*, 1981), ambele putând fi considerate stări modificate de conştiinţă caracterizate prin reducerea orientării asupra realităţii (Shos, 1959) şi creşterea absorbţiei subiectului către experienţe de natură interioară (Fellegan şi Atkinson, 1974).

S-a constatat însă faptul că, în cursul autohipnozei, subiectul trăieşte experienţe imaginative mai intense decât în heterohipnoză sau în starea de veghe. De asemenea, distorsionarea percepţiei timpului are un caracter mai amplu în autohipnoză (Fromm *et al.*, 1981; Johnson, 1979). Atât în hipnoză, cât şi în autohipnoză există posibilitatea modificării stărilor afective cu impact serios asupra demersului psihoterapeutic. Afectele pot fi exacerbate, ca în cazul obţinerii catharsisului în vederea eliberării emoţiilor care au fost resimţite de subiectul supus unor psihotraume, sau pot fi diminuate, ca în cazul strategiilor de autoreglare psihică. Autopercepţiile corporale sunt de asemenea modificate (Shneck, 1966), subiecţii experimentând senzaţii de căldură sau răcoare. Pot să apară senzaţii diferite de contractură sau relaxare în diverse zone ale corpului, modificări ale percepţiei dimensiunilor unor părţi ale corpului, comportamente de tip automat sau senzaţii de plutire sau zbor. Unii clienţi devin anxioşi când trăiesc astfel de exprienţe, în timp ce alţii le consideră interesante şi agreabile.

Strategiile terapeutice cu rolul cel mai important în psihoterapia prin intermediul hipnozei sunt sugestiile şi tehnica imaginaţiei dirijate. În cursul autohipnozei acestea pot fi sugerate de terapeut, dar de cele mai multe ori reprezintă creaţii spontane ale clientului.

Astfel, de pildă, Maria, o profesoară în vârstă de 42 de ani care suferea de insomnie, a învăţat tehnica autohipnozei. În timp ce o practica, ea vizualiza o scenă în care se afla pe câmp şi trebuia să culeagă 99 de flori. Niciodată nu a depăşit 30 şi a adormit liniştită.

Un alt client, specialist în IT, suferea la rândul său de tulburări de somn. Acesta şi-a însuşit tehnica autohipnozei şi pe cea a respiraţiei controlate. Înainte de a adormi, el îşi inducea transa cu ajutorul unor exerciţii de respiraţie abdominală profundă şi îşi administra următoarea sugestie pe care singur a descoperit-o: „Deoarece practic relaxarea, mă voi cufunda imediat într-un somn profund şi odihnitor".

O întrebare care se pune în mod frecvent este aceea dacă autohipnoza şi relaxarea reprezintă acelaşi lucru. Benson, Arns şi Hoffman (1981) au comparat starea de relaxare cu transa hipnotică şi au ajuns la concluzia că cele două stări prezintă o serie de elemente comune: scăderea ritmului respirator şi cardiac, precum şi a tensiunii arteriale. Alte studii au evidenţiat faptul că, atât în starea de relaxare, cât şi în transa hipnotică, apare pe electroencefalogramă ritmul alfa cerebral. Cu toate acestea, relaxarea şi hipnoza reprezintă fenomene identice. S-a ajuns în cele din urmă la concluzia că, înainte de a intra în transă, subiectul trece printr-o stare de relaxare (Sanders, 1991). După ce a intrat în relaxare, subiectul poate aprofunda starea experimentând un fenomen de tip hipnotic: fie regresia de vârstă, fie distorsionări perceptive, fie sugestii posthipnotice sau amnezie.

Sanders (1991) este de părere că tipul de sugestii administrate vor determina dacă individul rămâne în stare de relaxare sau trece în transa hipnotică, relaxarea reprezentând o etapă preliminară în raport cu hipnoza. În ceea ce priveşte autohipnoza, Orne şi McCenkey (1981) subliniază faptul că protocoalele realizate pentru autohipnoză reprezintă o modalitate de întărire a efectelor sugerate în timpul heterohipnozei.

Model de inducţie a autohipnozei

Prezentăm, în cele ce urmează, un model de inducţie a autohipnozei, ce combină sugestii de relaxare controlată şi imaginativă, respiraţie controlată şi imaginaţie dirijată (adaptat după Sanders, 1991, pp. 116–117).

Aşezaţi-vă într-o poziţie comodă şi inspiraţi profund, apoi expiraţi lent, liniştit. Este bine aşa. Inspiraţi şi expiraţi profund, calm, prelungit, inspirând relaxare, linişte şi eliminând tensiunile odată cu aerul expirat. Inspiraţi relaxare, expiraţi tensiune, încordare, stres. Continuaţi să

respiraţi lent şi profund, lăsând toate tensiunile să iasă afară şi să dispară. Relaxaţi acum degetele picioarelor, tălpile, călcâiele. Labele picioarelor, tălpile sunt destinse. Continuaţi să respiraţi profund şi lent şi relaxaţi gleznele, gambele, coapsele... Relaxaţi musculatura abdominală, relaxaţi pieptul şi spatele. E bine aşa...

... Acum relaxaţi degetele de la mâini, palmele, braţele. Relaxaţi umerii şi gâtul. Relaxaţi muşchii feţei. E bine aşa... Respiraţi din nou profund şi prelungit şi imaginaţi-vă un loc plăcut unde aţi mai fost şi unde v-aţi simţit foarte bine. Faceţi un semn cu capul dacă aţi reuşit să vă imaginaţi acel loc. E bine aşa. Acum imaginaţi-vă că vă aflaţi cu adevărat acolo, vedeţi imagini cu ochii minţii, auziţi sunete, vă simţiţi ca şi cum aţi fi cu adevărat acolo. Trăiţi această stare plăcută, odihnitoare, reconfortantă. E bine aşa... Vă aflaţi în locul vostru preferat şi vă simţiţi foarte bine, foarte relaxat, destins, liniştit. De fiecare dată când vă simţiţi încordat, veţi putea să vă relaxaţi, să deveniţi atât de relaxat ca acum. Veţi respira profund şi prelungit, relaxând fiecare grupă musculară şi veţi ajunge cu ajutorul imaginaţiei în locul vostru preferat. Veţi constata că vă veţi putea relaxa singur, intrând într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, tot mai odihnitoare, cu cît veţi exersa mai mult, astfel încât exerciţiul de relaxare să devină parte a rutinei voastre zilnice... Acest tip de exerciţiu vă va ajuta să intraţi uşor în autohipnoză ori de câte ori vă propuneţi acest lucru, indiferent de locul unde vă aflaţi.

Acum număraţi în gând de la 5 la 1, reveniţi uşor aici şi acum. Reveniţi şi deschideţi ochii.

Acest exerciţiu de relaxare creează la subiecţi expectaţii pozitive pentru practicarea autohipnozei. Acestora li se recomandă să practice relaxarea în mod individual acasă, de mai multe ori pe zi, timp de o săptămână, astfel încât la următoarea şedinţă de psihoterapie să poată intra mult mai uşor în transă hipnotică.

Aplicaţiile autohipnozei

Autohipnoza are o serie de aplicaţii practice în domeniul tulburărilor emoţionale, psihosomatice, în controlul durerii, în corectarea deprinderilor greşite, precum şi în domeniul dezvoltării personale şi optimizării unor procese şi funcţii psihice.

Această tehnică poate fi utilizată independent sau în combinație cu alte strategii de psihoterapie scurtă.

Indicațiile pentru utilizarea autohipnozei (Sanders, 1991):

1. Motivația clientului pentru utilizarea autohipnozei în vederea soluționării unor dificultăți personale.

2. Stabilirea unei alianțe terapeutice bazate pe încredere și confort psihic, în cadrul căreia terapeutul îl va ajuta pe client să redobândească autocontrolul asupra unor procese și funcții psihice, psihosomatice, precum și asupra unor comportamente. Terapeutul va fi acela care va dirija demersul inițial, în cadrul căruia vor fi utilizate cele mai eficiente sugestii verbale și figurative (imagini).

3. Sugestiile administrate în cursul autohipnozei au menirea să întărească strategiile aplicate în cursul heterohipnozei sau a altor metode terapeutice.

3. Interviul clinic va stabili în ce măsură problematica pacientului, precum și particularitățile personalității acestuia sunt potrivite pentru o abordare de tip hipnoterapeutic.

Autohipnoza clinică reprezintă un adjuvant în cadrul psihoterapiei, facilitând redobândirea autocontrolului și rezolvarea de probleme. Același autor (Sanders, 1991) prezintă unele contraindicații în aplicarea tehnicii autohipnozei. Enumerăm câteva:

1. Absența motivației clientului. Acesta din urmă, în mod explicit sau implicit, refuză utilizarea acestei tehnici, fapt ce conduce doar la o luptă inutilă pentru putere între client și terapeut.
2. Autohipnoza este utilizată în mod negativ, astfel încât, în loc să întărească sugestiile cu conținut pozitiv, va contribui la creșterea rezistențelor sau la apariția altor reacții dezadaptative ale clientului.
3. Hipnoza și autohipnoza nu conduc la soluții terapeutice în cazul unui anumit client.
4. Clientul are o susceptibilitate scăzută la hipnoză sau autohipnoză.

Vom prezenta, în cele ce urmează, câteva dintre aplicațiile autohipnozei.

- **Tulburările anxioase**

Terapia tulburărilor anxioase este centrată pe de-o parte pe reducerea tensiunii și supraîncordării, iar pe de altă parte pe

conştientizarea situaţiilor de natură intrapsihică, interpersonală sau care presupun obţinerea unor performanţe, situaţii generatoare de anxietate pe care subiecţii le trăiesc. Obiectivele terapiei vizează relaxarea, dar şi modificarea expectaţiilor clientului faţă de propria persoană sau a semnificaţiei expectaţiilor celor din jur faţă de clientul în cauză, astfel încât acesta să-şi accepte puncte slabe şi să conştientizeze resursele de care dispune.

Sanders (1991) propune un program de intervenţie terapeutică în cazul tulburărilor anxioase. Terapeutul îl va ajuta iniţial pe client să-şi însuşească unele strategii de autocontrol emoţional, cum ar fi meditaţia, biofeedbackul şi/sau autohipnoza. Învăţând să realizeze exerciţii de relaxare, respiraţie profundă şi încălzirea palmelor, clientul va reuşi să obţină un autocontrol asupra reacţiilor sale fiziologice.

Programul cuprinde următoarele etape:

1) Utilizarea aceleiaşi tehnici de imaginaţie dirijată pentru a repeta în plan mental situaţii în care clientul s-a simţit confortabil.

Fromm (Fromm *et al.*, 1981) a ajuns la concluzia că autohipnoza conduce într-o mai mare măsură la generarea unor experienţe imaginative decât heterohipnoza. Acelaşi autor este de părere că o variabilă importantă care funcţionează în cazul autohipnozei este absorbţia care face ca subiectul să trăiască experienţele imaginative ca fiind reale.

2) Etapa următoare implică utilizarea unor scenarii imaginative realiste, cu scop corectiv, scenarii referitoare la trăirea în plan mental a unor experienţe de succes (Fromm, 1965a; 1965b).

3) Ultima etapă a demersului terapeutic presupune validarea în plan real.

După trăirea experienţelor imaginative în timpul autohipnozei şi repetarea acestora împreună cu terapeutul în timpul şedinţei de psihoterapie, atunci când clientul se simte pregătit, va experimenta cele trăite în stare de transă în viaţa reală.

Studiu de caz

Elena, studentă la o facultate de ştiinţe politice, suferă de fobie socială, având o teamă permanentă că va fi evaluată şi criticată de cei din jur. Din acest motiv, ea evită pe cât posibil situaţiile psihosociale, deşi se simte singură şi izolată.

În timpul terapiei, clientei i-a fost indusă hipnoza şi apoi a învăţat singură să intre în autohipnoză prin intermediul relaxării şi respiraţiei controlate. La început

clienta a învățat să se simtă bine în singurătate, apoi au fost introduse treptat, în cadrul scenariului de tip imaginativ, și alte persoane, la început prieteni apropiați, apoi colegi și profesori.

În autohipnoză Elena și-a imaginat faptul că se afla într-un supermarket cu multe sectoare unde se află diverse produse. În fiecare zonă exista posibilitatea să întâlnească mulți oameni foarte diferiți. Clienta și-a imaginat că se află în zona librăriei și ar putea întâlni studenți și profesori, ea temându-se că nu se putea ridica la nivelul conversației așteptat de aceștia. Apoi și-a imaginat că se află într-un sector unde se află un grup de străini care întreabă ceva în limba engleză și din nou s-a temut că nu o să fie capabilă să le răspundă. Mai târziu, Elena a ajuns în zona de articole sportive și a întâlnit câteva fete care își căutau echipament pentru gimnastică aerobică. Ea și-a amintit că obișnuiește să practice acest sport și este chiar talentată. Scenariul imaginativ a fost astfel construit încât clienta s-a văzut cu „ochii minții" la antrenamentul de gimnastică, s-a bucurat de această experiență și și-a împărtășit impresiile celorlalte tinere. Experiența imaginativă a încurajat-o ca și în viața reală să meargă mai mult la orele de gimnastică, să lege prietenii și chiar să se înscrie la un concurs.

În continuare a fost aplicată tehnica desensibilizării sistematice în plan real și imaginativ. A fost alcătuită o listă a situațiilor progresiv anxiogene pe care clienta le-a trăit în autohipnoză și apoi în plan real. S-a ajuns și la situații mai complexe în care clienta trebuia să vorbească în public sau în fața unei comisii de profesori. În stare de autohipnoză a fost aplicată și tehnica asociațiilor libere pentru a încuraja creativitatea clientei în găsirea de soluții pentru rezolvarea problemelor sale.

- Autohipnoza în logonevroză (balbism)

Nu vom descrie în detaliu această tulburare, subliniind doar rolul anxietății anticipatorii, care îl determină pe client să dezvolte o adevărată logofobie (fobie de a vorbi în public). De teamă că se va bâlbâi, clientul, în cazul în care încearcă totuși să se exprime în public, se va bâlbâi și mai tare.

Studiu de caz

Stela, o economistă în vârstă de 32 de ani, are mari dificultăți încă din copilărie să răspundă la întrebări sau să inițieze o conversație. Din cauza acestei deficiențe a avut multe necazuri în școala generală și în liceu. În timpul facultății, lucrurile au stat ceva mai bine, deoarece majoritatea examenelor au fost scrise. După terminarea facultății, Stela a trebuit să renunțe la mai multe locuri de muncă deoarece acestea presupuneau relații cu publicul. Atunci când se afla în grupul de prieteni, defectul ei devenea aproape inobservabil, dar ori de câte ori era pusă

în situaţia de a se exprima în public, mai ales în faţa unor persoane investite cu autoritate, vorbirea devenea aproape neinteligibilă, împiedicând-o să se prezinte la interviuri de ocupare a unor posturi. În cabinetul de psihoterapie clienta s-a bâlbâit la început, apoi, după ce s-a familiarizat cu terapeutul, a început să se exprime normal.

Problema a revenit atunci când clienta a început să povestească despre tatăl ei, foarte autoritar, care obişnuia să ţipe la ea şi să o critice în permanenţă. În transă hipnotică. Stela s-a exprimat foarte clar şi fără niciun fel de ezitare. Clienta a generat în mod spontan scene imaginare încărcate emoţional din care a rezultat conexiunea dintre stările afective, mai ales frustrare, mânie şi tulburarea de vorbire. Autophipnoza a fost utilizată pentru a o ajuta pe clientă să-şi reducă tensiunile şi să obţină autocontrolul asupra exprimării verbale. Ea a reuşit, în transă profundă, să-şi analizeze gândurile şi sentimentele.

A fost aplicată şi în acest caz tehnica desensibilizării sistematice în cadrul căreia clienta şi-a imaginat că vorbeşte foarte bine în situaţii progresiv anxiogene. La început clienta şi-a imaginat că vorbeşte în faţa unor prieteni, apoi, în faţa unor cunoscuţi şi, în cele din urmă, în faţa unor persoane investite cu autoritate. Stela a învăţat să adâncească starea de relaxare şi să transforme în mod spontan orice sentiment de frustrare în vorbire corectă. A fost utilizată şi tehnica respiraţiei controlate atât pentru a intra în transă, cât şi pentru a corecta vorbirea.

- Autohipnoza în combaterea durerii

Tehnicile de combatere a durerii utilizate în heterohipnoză pot fi adaptate uşor şi în cazul autohipnozei. Prezentăm mai jos câteva dintre acestea (Sanders, 1991, pp. 145–147).

1) Hipnoanestezia implică sugerarea faptului că percepţia durerii se modifică, se reduce sau că zona dureroasă devine insensibilă.

În cazul unei hipnoanestezii, subiectul nu va resimţi nici durere şi nici atingere, în timp ce, în cazul analgeziei hipnotice, se va reduce durerea, dar nu şi sensibilitatea la atingere. În autohipnoză, clientul poate repeta mental sugestiile administrate de către terapeut sau poate obţine reducerea durerii prin utilizarea unor scenarii de imaginative dirijată care sunt autoinduse. Durerea poate fi redusă şi în urma unui semnal stabilit dinainte: „Odată cu fiecare expiraţie profundă, durerea se reduce tot mai mult... zona dureroasă devine tot mai insensibilă, tot mai insensibilă, ca o bucată de cauciuc...", sau: „Pe măsură ce degetul tău arătător se ridică, durerea dispare treptat".

2) Anestezia „în mănuşă": i se sugerează clientului că degetele şi palmele devin insensibile, amorţite şi apoi anestezia obţinută în cursul hipnozei este transferată în zona afectată de durere.

Sugestiile administrate pot îmbrăca forma următoare: „Degetele şi palma ta devin tot mai insensibile, tot mai amorţite, tot mai insensibile. Senzaţia de amorţeală şi insensibilitatea se mută în zona genunchiului tău drept, care devine tot mai insensibil, tot mai amorţit, tot mai insensibil..." Observaţiile clinice au evidenţiat faptul că subiectul poate învăţa foarte uşor această tehnică, pe care o va practica apoi în autohipnoză.

3) Disocierea

Clientului i se sugerează faptul că se află într-un alt loc, de regulă într-o ambianţă plăcută, sau că părăseşte corpul propriu. Sugestiile administrate sunt de tipul următor: „Imaginează-ţi că te afli la mare, pe plajă, simţi căldura plăcută a razelor soarelui, briza mării, simţi atingerea nisipului cald, auzi zgomotul monoton al valurilor mării..."

4) Distragerea

I se sugerează clientului să se concentreze la altceva, astfel încât să uite de senzaţia dureroasă (de pildă, să efectueze nişte calcule sau să revadă cu ochii minţii un film interesant).

5) Distorsionarea percepţiei timpului

În transă hipnotică, se sugerează clientului că perioadele când se manifestă durerea sunt foarte scurte, iar perioadele libere de durere sunt mult mai lungi (Erickson şi Cooper, 1959).

6) Substituirea de simptom

Aceasta constă în înlocuirea senzaţiei dureroase cu o senzaţie suportabilă, ca în exemplul de mai jos. Astfel, senzaţia de durere poate fi transformată în senzaţie de mâncărime, presiune sau în orice alt tip de senzaţie care este mai uşor de suportat pentru subiect: „Observă cum senzaţiile tale se modifică, se schimbă, durerea din zona coloanei vertebrale dispare şi conştientizezi treptat doar o senzaţie de uşoară presiune care te face să te simţi mai bine, mai liniştit, mai relaxat...".

7) Deplasarea

Această tehnică implică sugerarea faptului că senzaţia de durere îşi schimbă locul, din zona unui organ vital într-o zonă mai puţin importantă a corpului: „Senzaţia de durere din zona abdominală se deplasează, se mută la degetul mic de la mâna stângă. Simţi o uşoară durere în degetul mic al mâinii tale stângi..."

Casilnek şi Hall (1985, p. 431) ne prezintă un model de autoinducţie hipnotică menit să amelioreze durerea şi disconfortul unor pacienţi cu afecţiuni somatice: „În timp ce mă aflu întins în pat îmi voi folosi puterea minţii pentru a mă vindeca. Voi reuşi să-mi controlez durerea şi disconfortul concentrându-mi atenţia asupra degetelor mâinii drepte, apoi, doar asupra degetului arătător, care se va ridica uşor. Pe măsură ce degetul se ridică, mă voi elibera de încordare, tensiune, de durere şi stres... Mă voi concentra apoi asupra piciorului drept, care va deveni tot mai greu... Pe măsură ce fac acest lucru, voi conştientiza şi faptul că trebuie să mănânc tot ceea ce mi se oferă deoarece hrana îmi va da mai multă putere. Voi urma cu stricteţe tratamentul prescris, ştiind că acesta îmi va face foarte bine. Voi avea un somn liniştit, mă voi odihni foarte bine datorită forţei inconştientului meu, iar disconfortul, durerea vor fi controlate, vor fi foarte bine controlate. Voi căpăta tot mai multă forţă, mă voi elibera de tensiune, încordare, durere, disconfort..."

Clarke şi Jackson (1983) utilizează următorul instructaj pentru a facilita intrarea clientului în autohipnoză: „Atunci când te afli singur acasă şi intri în această stare de relaxare plăcută, aş dori să-ţi reaminteşti ceea ce ai învăţat aici la cabinet, pentru a te elibera de problemele care te deranjează".

Studiu de caz

Gabriela, o persoană în vârstă de 46 de ani, a suferit o intervenţie chirurgicală în urma unui accident rutier. În perioada postoperatorie, avea dureri şi era foarte anxioasă şi din acest motiv i s-a recomandat autohipnoza.

Instructajul pe care şi l-a administrat clienta era următorul: „Mă simt foarte relaxată, liniştită. Mă simt din ce în ce mai bine. Trăiesc experienţe plăcute, văd cu ochii minţii imagini frumoase, aud sunete plăcute, simt senzaţii agreabile... Voi aşeza toate gândurile negative într-o valiză pentru a le examina mai târziu, atunci când va veni timpul potrivit. Acum este momentul să mă simt foarte bine, foarte liniştită şi relaxată... Îmi dau voie să plutesc, să zbor fără să mă gândesc la nimic. Simt cum trupul meu devine tot mai relaxat, tot mai destins. Îmi simt trupul uşor, uşor ca un fulg, plutesc, zbor... Un val de linişte şi echilibru mă cuprinde, mă înconjoară. Simt cum trupul meu devine tot mai uşor, uşor ca un fulg, plutesc, zbor... Un văl de linişte şi echilibru mă cuprinde, mă înconjoară. Simt o uşoară senzaţie de căldură care îmi cuprinde tot corpul. Văd culori, aud sunete plăcute

și simt cum un val de căldură, liniște și echilibru mă înconjoară. Sunt tot mai relaxată, tot mai liniștită, tot mai calmă..."

Autohipnoza în tulburările psihosomatice

Sanders (1991, pp. 158–159) propune următoarele strategii pentru abordarea clienților care suferă de afecțiuni psihosomatice, strategii care pot fi aplicate în hetero- și autohipnoză:

1. Explicațiile: clientul este informat de faptul că poate utiliza anumite tehnici de autoajutorare pentru a ameliora simptomele și chiar pentru a le reduce.

2. Tehnica imaginației dirijate: în transă hipnotică, clientul va vizualiza diverse imagini care sugerează destindere, distragerea atenției și calmul. Respectivele imagini se referă la anumite zone ale corpului sau organe interne, în cadrul cărora subiectul se vizualizează pe sine, simțindu-se confortabil.

3. Utilizarea unei tehnici standardizate de relaxare, cum ar fi relaxarea progresivă propusă de Jacobson (1929) sau antrenamentul autogen al lui Schultz (2011). În unele situații, relaxarea poate fi combinată cu metode de biofeedback, metode ce-i furnizează clientului informații în legătură cu funcționarea unor procese fiziologice din organism (Halroyd *et al.*, 1982).

4. Metoda asaltului de idei (brainstorming): clientul este ghidat să identifice cât mai multe modalități de acțiune pentru a se simți mai bine, spre exemplu să plece în vacanță, să-și găsească un hobby sau să practice autohipnoza.

5. Identificarea unor indicatori corporali care arată starea de încordare și alternare a unor perioade active cu unele de relaxare, pentru a se evita supraîncordarea.

6. Automonitorizarea: clientul va nota într-o agendă indicatorii psihofiziologici, tipul de activitate în curs de desfășurare, perioada în care aceasta din urmă are loc (de pildă, accelerarea pulsului). Acest jurnal va fi adus la ședința de psihoterapie pentru a fi utilizat în dirijarea demersului terapeutic viitor.

7. Învățarea autoreglării unor procese fiziologice (puls, tensiune arterială, temperatură cutanată, biofeedback, toate potențate prin intermediul autohipnozei).

8. Hipnoanaliza: după ce cauza durerii este diagnosticată şi afecţiunea care o produce este tratată corespunzător, clientul îşi va însuşi tehnicile de autocontrol al durerii.

9. Restructurarea cognitivă: clientul este învăţat să identifice, să combată şi să înlocuiască gândurile negative şi convingerile disfuncţionale cu unele raţionale, cu caracter mai realist.

10. Practicarea independentă a autohipnozei: după ce a fost indusă hipnoza în cabinetul de psihoterapie, clientul va fi instruit să aplice tehnicile învăţate în autohipnoză într-o şedinţă unică, de durată mai lungă, sau în câteva şedinţe scurte de câte cinci minute.

Autosugestiile administrate în cazul afecţiunilor psihosomatice pot avea un caracter general, acestea referindu-se la relaxare şi la starea de bine a organismului.

Prezentăm în cele ce urmează un astfel de instructaj utilizat în cazul clienţilor spitalizaţi (Crasilneck şi Hall, 1985).

Mă simt foarte relaxat. Voi trăi o stare de disconfort minim. Pot să mă relaxez uşor şi să întăresc autosugestiile de bună stare şi confort. Mă voi hrăni bine şi mă voi bucura de alimente. Mă voi odihni bine deoarece inconştientul meu mă va ajuta să mă eliberez de orice disconfort fizic sau psihic. Corpul meu va reacţiona foarte bine la orice tratament care îi este administrat. Voi avea mai multă grijă de mine rămânând relaxat, într-o stare de confort şi de bine. În acelaşi timp voi avea o ambianţă propice tratamentului, ceea ce mă va ajuta să suport bine medicaţia administrată şi să accelerez procesul de vindecare.

Prezentăm mai jos câteva studii de caz în care autohipnoza a fost aplicată cu succes.

Autohipnoza în astmul bronşic

Daciana, o pictoriţă în vârstă de 35 de ani, se afla în tratament pentru astm bronşic. Astmul bronşic reprezintă o tulburare respiratorie de tip psihosomatic în cadrul căreia o serie de factori contribuie la îngustarea traiectului căilor respiratorii. Factorii de natură emoţională pot declanşa o criză sau o pot amplifica, deoarece anxietatea accentuează dificultăţile respiratorii. Autohipnoza poate fi utilizată atât în scop profilactic, cât şi pentru a reduce intensitatea unei crize de astm (Collins, 1975; Maher-Longhnan, 1980; Maganet, 1960).

Daciana suferea de crize frecvente de astm, pentru care ajungea mereu la camera de gardă a Spitalului Universitar de Urgenţă. Medicul specialist a trimis-o la psihoterapie, unde s-a decis aplicarea hipnozei şi autohipnozei clinice. Clienta s-a dovedit a fi foarte motivată pentru acest gen de psihoterapie. Iniţial, ea a fost

instruită să practice relaxarea şi un exerciţiu de respiraţie controlată, fapt ce a contribuit la scăderea frecvenţei vizitelor la camera de gardă. În acelaşi timp, ea a remarcat faptul că respectivele crize apăreau mai ales când era emoţionată sau nerăbdătoare (de pildă, când trebuia să aştepte la rând într-un magazin).

În autohipnoză, clienta a utilizat imagini în care se vedea pe sine stând liniştită la coadă deoarece timpul s-a oprit în loc şi ea şi-a luat un răgaz pentru a contempla ceea ce se petrece în jur. De asemenea, în autohipnoză, clienta a vizualizat aparatul respirator şi şi-a imaginat modul în care căile respiratorii se dilată ca nişte tuburi de cauciuc şi aerul intră şi iese lent şi liniştit. Pe măsură ce terapia a progresat, clienta a început să identifice pe rând acele situaţii care declanşau crizele: când se afla în trafic în aglomeraţie, în situaţiile de evaluare (la examenele de la Institutul de Arte Plastice, atunci când avea un vernisaj) sau când era contrazisă. Clienta a reuşit să găsească imagini potrivite pentru a fi aplicate în autohipnoză, imagini care să o ajute să ţină sub control respectivele situaţii (se vizualiza pe sine calmă şi relaxată la volan, sau la examene, la vernisaje). Daciana a învăţat să-şi monitorizeze activităţile, alternând relaxarea cu perioadele de efort pentru a evita supraîncordarea generală.

De asemenea, ea şi-a însuşit tehnica autocontrolului stărilor emoţionale, în aşa fel încât să se elibereze de tensiuni înainte ca acestea să devină prea puternice, prevenind astfel producerea crizei. Practicarea exerciţiilor de respiraţie, aplicarea tehnicii de creştere a temperaturii cutanate şi a tehnicii ridicării degetului au ajutat-o să amplifice sentimentul de autocontrol asupra corpului propriu. Autohipnoza a devenit pentru clientă o parte a rutinei zilnice, fapt ce a avut un efect profilactic, contribuind la reducerea semnificativă a frecvenţei crizelor şi la îmbunătăţirea calităţii vieţii.

Autohipnoza în hipertensiunea arterială

O serie de studii clinice au evidenţiat rolul autohipnozei şi al relaxării în reducerea tensiunii arteriale (Case, Fogel şi Pollack, 1960; Friedman şi Taub, 1977; Crasilneck şi Hall, 1960). Deşi există foarte multe tipuri de imagini care pot fi utilizate de client în autohipnoză, cele mai utile s-au dovedit cele referitoare la locuri plăcute din natură, unde subiecţii se simt liniştiţi şi eliberaţi de stres. Unii clienţi utilizează şi imagini în care vizualizează vasele de sânge dilatându-se sau contractându-se, după caz. Este utilă şi metafora unui termostat care reglează temperatura, nelăsând-o nici să crească, nici să scadă prea mult.

Exemplu

Raluca, manager la o firmă importantă, în vârstă de 47 de ani, a fost trimisă la psihoterapie de către medicul cardiolog pentru hipertensiune oscilantă. Clienta afirma despre sine că este o persoană supraîncordată, permanent „în priză", care nu ştie ce este relaxarea. În adâncul sufletului său ea nutrea concepţia eronată că, dacă se relaxează şi renunţă la autocontrolul excesiv, va muri de infarct, aşa cum s-a întâmplat şi cu tatăl ei. În autohipnoză, clienta a învăţat să se destindă treptat, utilizând mai mult imagini de relaxare de tip dinamic (se vizualiza pe sine înotând în piscină sau pedalând pe bicicletă).

În urma practicării autophipnozei, clienta s-a transformat dintr-o persoană supraîncordată într-o persoană activă şi flexibilă, care ştia să alterneze episoadele de efort cu cele de destindere. Tensiunea arterială s-a normalizat fără a fi necesară medicaţia de specialitate, clienta fiind instruită doar să-şi supravegheze regimul alimentar.

Autohipnoza la pacienţii cu obezitate cauzată de mâncatul compulsiv

Psihoterapia cu ajutorul autohipnozei cuprinde, la aceşti clienţi, strategii de rezolvare de probleme, întărirea motivaţiei pentru a abandona deprinderea greşită, automatizarea şi înlocuirea deprinderilor alimentare defectuoase cu unele pozitive. Autohipnoza îi permite clientului să se raporteze la alimente, la propria persoană şi la comportamentul alimentar într-o nouă lumină (Sanders, 1986a). După ce se aplică heterohipnoza, clientul va fi instruit să practice autohipnoza înaintea meselor principale şi seara la culcare.

Prezentăm mai jos un model de instructaj autoaplicat de un client care suferea de această tulburare (Sanders, 1991, p. 167).

Mă aşez confortabil în fotoliu, închid ochii şi mă destind. După ce realizez câteva respiraţii profunde, mă relaxez... Îmi concentrez atenţia asupra motivelor pentru care doresc să obţin un autocontrol mai bun asupra comportamentului meu alimentar. Vizualizez cu ochii minţii o listă a motivelor pentru care doresc să devin mai controlat. Repet în gând fiecare motiv care mă determină să obţin un autocontrol mai bun. Doresc să devin o persoană care se alimentează normal, pentru că astfel mă voi simţi mai bine. Doresc să deţin un autocontrol sporit asupra felului în care mă alimentez, pentru că astfel voi avea mai multă energie... Acum mă văd cu

ochii minții privindu-mă în oglindă și văzând imaginea mea așa cum aș dori să fiu după ce voi deveni stăpân pe maniera mea de a mânca. Îmi repet în gând modul în care arăt și modul în care mă simt...

Mă concentrez asupra stărilor afective pe care le am în raport cu propria mea persoană atunci când îmi imaginez că sunt mai controlat, mă simt mai bine, sunt mai sănătos. Îmi repet în gând toate stările pozitive și toate așteptările pe care le am față de mine atunci când dețin un autocontrol mai bun... Visez că sunt o persoană mai controlată. Sunt capabil să generez și să recompensez stările pozitive pe care le trăiesc atunci când mă controlez mai bine... Ce pot face pentru a preveni orice situație care m-ar împiedica să-mi ating scopul? Mă voi gândi la diferite soluții posibile care să mă ajute să depășesc orice obstacol prin menținerea autocontrolului și a unei alimentații sănătoase... Voi practica autohipnoza ori de câte ori doresc. O voi practica înainte de mese și între mese. Zi după zi, voi deveni tot mai puternic și tot mai motivat. Ori de câte ori voi fi tentat să mănânc în exces sau ori de câte ori mă tem că îmi voi pierde autocontrolul, mă voi relaxa și voi repeta în gând motivele pentru care doresc să stăpânesc problema și să mă alimentez corect. În felul acesta, voi evita orice tentativă de a mânca în exces... Curând voi efectua trei respirații profunde, voi deschide ochii și voi reveni „aici și acum".

Autohipnoza în optimizarea performanțelor în activitatea profesională

Epoca modernă este caracterizată prin solicitări multiple, un ritm alert al vieții, bombardamente informaționale, o competitivitate crescută la locul de muncă și, nu în ultimul rând, efectele crizei economice. Multitudinea factorilor stresanți contribuie la apariția stărilor de epuizare psihică, a sindromului de burnout și la instalarea unei afecțiuni psihice și psihosomatice.

În aceste condiții, relaxarea și autohipnoza pot avea și un efect profilactic, pentru a preîntâmpina apariția și menținerea unor simptome de stres, scăderea randamentului profesional și a calității vieții.

Sanders (1991) ne prezintă câteva modele de exerciții de autohipnoză utile tuturor persoanelor care își desfășoară activitatea în condiții de stres. Prezentăm câteva dintre acestea, adaptate de noi.

• Oprirea timpului

Mă aşez confortabil în fotoliu, închid ochii şi inspir profund. Treptat pătrund într-un spaţiu în care timpul nu mai există. Inspir şi expir profund şi mă simt tot mai bine, tot mai relaxat, tot mai confortabil; mă aflu într-un spaţiu în care nu există ceasuri, nu există solicitări, ci doar o stare de linişte şi pace profundă în care mă cufund ori de câte ori doresc, ori de câte ori am nevoie. Este un spaţiu etern, în afara timpului. Pe măsură ce inspir şi expir profund, trăiesc experienţa eternităţii chiar şi pentru câteva clipe. Acum, când timpul s-a oprit, pot să mă întorc din nou în prezent, la viaţa de zi cu zi, când timpul se scurge normal. Sunt conştient de faptul că voi putea retrăi această clipă de eternitate oricând doresc, oricând am nevoie de aceasta.

• Reîncărcarea energetică

Stau aşezat comod pe fotoliu şi mă relaxez. Ochii mei s-au închis şi mă simt foarte liniştit, foarte relaxat. Devin tot mai conştient de corpul meu, care este o maşină puternică, o maşină care funcţionează perfect. Corpul meu seamănă cu o fabrică, cu o fabrică ce produce substanţe chimice arteriale, substanţe care au darul de a calma şi substanţe care au rolul de a reenergiza. La fel cum un autoturism are nevoie de benzină pentru a funcţiona, şi corpul meu trebuie să producă energie pentru a se menţine în activitate. În acelaşi mod în care aduc maşina la staţia de benzină, aduc prin forţa imaginaţiei corpul şi mintea mea într-un loc liniştit, unde se poate încărca de energie naturală. Mă simt uimit de cât de rapid se acumulează această energie care mă face să mă simt tot mai puternic, mai stăpân pe mine, tot mai dinamic, tot mai activ. Simt cum corpul meu se încarcă de energie, primeşte tot mai multă energie, tot mai multă forţă. Atunci când voi fi gata să revin aici şi acum, o voi face. Voi fi tot mai pregătit să fac faţă solicitărilor existenţei, tot mai puternic, tot mai plin de energie.

• Reorganizarea activităţilor

Mă aflu la birou, copleşit de probleme, invadat de hârtii. Cred că este timpul să mă reorganizez. Mă aşez comod în fotoliu, inspir şi expir calm, lent, prelungit. Acesta reprezintă semnalul meu pentru a intra în transă... Curând mă voi afla undeva departe, într-un loc special, într-un loc unde voi întâlni nenumărate posibilităţi pentru a mă reorganiza. Mă decid să reorganizez... Mă decid să reorganizez un anumit sector al activităţii mele. Inspir şi expir profund. Odată cu fiecare inspiraţie, îmi concentrez atenţia

asupra problemelor respective şi, odată cu fiecare expiraţie, elimin starea de dezorganizare, de dezordine... Mentalul meu dispune de toate instrumentele pentru a organiza, a ordona, a tria şi a înţelege lucrurile. Voi putea utiliza aceste instrumente pentru a clasifica, ordona şi a înţelege gândurile mele, ideile mele, informaţiile de care dispun.

Îmi vizualizez gândurile, aud cu urechile minţii ideile care se derulează în mintea mea. Sunt tot mai conştient de faptul că sunt capabil să ordonez datele, gândurile, să înţeleg şi să realizez ceea ce am de făcut... Mi-am programat mentalul pentru a începe procesul de reorganizare şi acum pot să revin la treburile mele având mintea limpede şi clară, capabilă să reorganizeze cele mai complicate materiale.

• Pregătirea unui nou proiect

A sosit timpul să mă apuc de un nou proiect. Am atâtea date strânse, atâtea idei, încât nu ştiu de unde să încep. Mă aşez comod în fotoliu, închid ochii, inspir şi expir profund de câteva ori. Pe măsură ce expir, văd cu ochii minţii lucrurile de care am nevoie: hârtie, pix, calculatorul. Aceste instrumente îmi aparţin, fac parte din mine, ele fiind prelungirea gândurilor şi ideilor mele. În timp ce mă relaxez şi sunt calm şi liniştit, ideile încep să-mi vină. Ele parcă vin din toate părţile, le văd, le aud, le simt. Realizez faptul că pregătirea este doar primul pas spre a construi o casă... să înlături ierburile care îţi stau în cale pentru a lăsa terenul liber şi curat pe care vei aşeza temelia casei. La fel şi pregătirea pentru o activitate presupune renunţarea la senzaţiile, percepţiile şi ideile vechi, pentru a pune bazele noului proiect. Acum pot vedea clar cu ochii minţii calea de urmat pentru noul meu proiect pe care sunt gata să-l încep.

• Rezolvarea de probleme

Am de rezolvat o problemă complicată. Biroul meu este plin de hârtii, pe e-mail îmi sosesc noi şi noi mesaje, unele importante, altele mai puţin. Biroul şi calculatorul sunt supraaglomerate şi totul pare confuz. Mă simt ineficient şi blocat. Mă aşez pe fotoliu, mă relaxez, inspir şi expir profund de câteva ori... Mă relaxez tot mai mult şi mai mult şi apoi trec în revistă diverse soluţii la problema mea, le revăd în gând... Îmi imaginez că arunc toate hârtiile la coş şi că şterg toate mesajele... Apoi mă reenergizez cu ajutorul minţii, până când mă simt din nou puternic şi capabil să mă apuc de rezolvarea problemei. Sunt calm, relaxat, plin de energie. Am mintea limpede şi clară. Rămân un timp în stare de relaxare, reexaminez problemele trecând în revistă soluţie după soluţie, cu avantajele şi dezavantajele ei. Sunt sigur

că soluţia aleasă va fi cea mai bună, pentru că mă simt puternic, plin de energie, cu mintea limpede, clară, cu o capacitate deosebită de concentrare a atenţiei. Sunt convins că voi rezolva problema alegând cea mai bună soluţie.

• Stimularea creativităţii

Aş dori să-mi activez potenţialul creativ. Voi putea realiza acest lucru mai eficient dacă mă aşez comod pe fotoliu, inspir şi expir profund, dând afară spiritul critic, întrebările, factorii care îmi distrag atenţia. Mintea mea rămâne ca o pagină albă... Acum fiecare nouă idee poate reprezenta un pas către izvorul creativităţii. Fiecare nouă imagine este şi ea un pas spre acest minunat izvor de creativitate. Fiecare emoţie sau sentiment îmi aduce noi informaţii de la inconştientul meu. Mesajele verbale şi nonverbale îmi permit să trec dincolo de modul meu obişnuit de gândire. Voi putea accesa cu ajutorul imaginaţiei noi posibilităţi de a vedea lucrurile, astfel încât voi reuşi mai bine să-mi ating scopurile. Ştiu că unele idei au nevoie să stea deoparte, să încolţească şi apoi să dea roade înainte de a pătrunde în mentalul meu conştient. Voi lăsa să se desfăşoare acest proces de incubaţie care are loc în interiorul inconştientului meu, iar atunci când gândurile şi ideile vor ajunge la maturitate, va apărea şi rodul lor, aşa cum încolţeşte o sămânţă care va da naştere unei plante. Acum voi reveni aici şi acum, mă voi întoarce la treburile mele zilnice, ştiind că acest proces de incubaţie va continua şi ideile mele vor da roade.

De asemenea, Sanders (1991, p. 140) prezintă câteva indicaţii pentru a ajuta clientul să acceseze mai uşor în heterohipnoză acele formule verbale şi imagini care vor fi apoi exersate în autohipnoză.

- Clientul va fi solicitat să descrie un loc în care se simte bine, în siguranţă;
- Apoi va fi solicitat să amplifice şi sentimentul de autocontrol;
- Clientul va fi întrebat cum s-a simţit înainte de a fi blocat;
- Se vor asocia imaginile cu conţinutul pozitiv din prezent cu cele din trecut. Formulele verbale şi imaginile pe care le generează clientul se vor transforma în autosugestii de întărire a eului, cu conţinut terapeutic şi autoformativ.
- Clientului i se poate cere să aibă un vis hipnotic cu conţinut pozitiv. Instructajul administrat va fi următorul: „Relaxează-te profund şi dă-ţi voie să ai un vis în care să te simţi foarte bine".
- Formulele verbale şi imaginile asociate cu stări afective pozitive vor fi utilizate pentru a reeticheta situaţiile cu conţinut negativ.

VI
Hipnoza permisivă*

Hipnoza, datorită posibilității de a izola subiectul de stimulii exteriori, îi permite inconștientului acestuia să realizeze schimbări cu caracter adaptativ. Bellet (2002) afirmă că psihoterapia ericksoniană are un pronunțat caracter pragmatic, terapeutul utilizând elemente din contextul vieții cotidiene pentru a stabili comunicarea terapeutică. Actualizarea disponibilităților latente ale persoanei este rezultatul utilizării unor tehnici indirecte care nu activează rezistențele și care îl determină pe pacient să coopereze în mod implicit, conștient sau inconștient.

Milton Erickson utiliza hipnoza clasică doar în proporție de cinci la sută din cazuistica sa (Beahrs, 1971), în restul cazurilor el aplicând așa-numita hipnoză cotidiană, pe care o combina cu alte tehnici psihoterapeutice, inclusiv cu cea a umorului. Erickson spunea că ființa umană posedă o serie de disponibilități latente neutilizate, aflate în inconștient și care pot fi activate pentru obținerea sănătății și pentru funcționarea eficientă a persoanei. Milton Erickson considera că inconștientul cuprinde tot ceea ce nu este conștient, reprezintă un izvor nesecat de resurse, iar modul său de funcționare este unul analogic. Așa cum am mai subliniat și în alte ocazii, aspectele patologiei sunt consecința unor limitări dobândite prin intermediul învățării, procesele inconștiente putând fi utilizate cu succes pentru reechilibrarea individului.

Schimbarea terapeutică reprezintă un proces activ care se derulează în trepte, o schimbare mică antrenând o altă schimbare, după modelul bulgărelui de zăpadă care se rostogolește pe o pantă. Hipnoza îl ajută pe subiect să-și folosească propriile resurse și să găsească singur soluții prin intermediul dialogului cu sine însuși,

---

* Acest capitol cuprinde fragmente publicate inițial în volumul *Hipnoza clinică*, autor Irina Holdevici, apărut la Editura Trei în anul 2010.

procesarea terapeutică realizându-se la nivelul instanţelor inconştiente. Aşadar, elementul esenţial al abordării ericksoniene constă în abordarea indirectă şi permisivă şi se realizează prin intermediul comunicării analogice şi metaforice.

Analogia presupune existenţa unui raport de similitudine între două elemente, care pot fi cuvinte, persoane sau situaţii, prin intermediul căruia se stabileşte o legătură între termenii raportului. Astfel, se poate spune că un om este „şiret ca o vulpe" sau „mândru ca un păun". Metafora reprezintă o figură de stil prin intermediul căreia se conferă o semnificaţie specifică unui cuvânt sau unei situaţii, altui cuvânt sau situaţii care se apropie de prima, prin intermediul analogiei, comparaţiei sau atribuirii. Astfel, un îndrăgostit se poate referi la o flacără atunci când îşi descrie iubirea.

Trecerea de la un sens la celălalt se realizează prin intermediul unei procesări cu caracter personal, bazată pe o impresie sau pe o interpretare care este găsită sau chiar trăită de către cel în cauză. Analogiile se regăsesc în anecdote, fabule, parabole sau povestiri, toate acestea conţinând mesaje utile ce pot fi transmise de către terapeut în timpul hipnozei. Comunicarea metaforică nu este nouă, învăţămintele fiind transmise prin intermediul acestei metode încă din cele mai vechi timpuri. Noutatea în cadrul utilizării metaforei în hipnoză o constituie *aplicarea acesteia în scop terapeutic*. Hipnoza sporeşte receptivitatea subiectului, iar pentru o astfel de comunicare terapeutul va folosi o metaforă din repertoriul său ori va elabora una cu caracter personalizat. Comunicarea indirectă îi oferă pacientului posibilitatea să critice ceea ce i se propune, să „metabolizeze" sugestiile, în timp ce sugestiile directe îl împing brutal către acceptare sau refuz (Bellet, 2002).

Datorită caracterului său flexibil, abordarea ericksoniană face din terapeut un pedagog care îl învaţă pe subiect să utilizeze „armele" inconştiente de care dispune pentru a se putea schimba. Hipnoza ericksoniană reprezintă un mod de comunicare specială prin intermediul căreia pacientul îşi va răspunde mai mult lui însuşi decât terapeutului, acesta din urmă având mai degrabă un rol de facilitare a reacţiei. Trebuie menţionat şi faptul că abordarea ericksoniană este suplă, personalizată şi orientată spre viitor şi se bazează pe următoarele principii (Bellet, 2002):

— utilizarea limbajului pacientului;

— identificarea, acceptarea şi folosirea resurselor şi valorilor acestuia;

— utilizarea şi mobililizarea activă şi progresivă a resurselor, pornind de la valorile şi motivaţiile pacientului pentru rezolvarea problemelor sale;

— considerarea rezistenţelor ca reprezentând resurse cu caracter potenţial;

— utilizarea comportamentului pacientului;

— intervenţia la momentul ales de către terapeut;

— observarea procesului de mobilizare a resurselor pacientului pe fondul unei atitudini de aşteptare reciprocă.

Pacientul este încurajat să-şi descrie, la rândul său, problemele în termeni analogici. O astfel de abordare va avea un caracter flexibil, permiţându-i terapeutului să accepte toate aproximările şi fanteziile aparent absurde ale pacientului ca informaţii preţioase pe baza cărora se poate construi schimbarea.

Această definire metaforică a simptomelor şi problemelor îl scoate pe pacient din zona limbajului medical, cu care acesta nu este familiarizat, sugerând în acelaşi timp faptul că schimbarea este posibilă şi oferind repere şi jaloane concrete pentru aceasta. De asemenea, abordarea analogică şi metaforică furnizează şi un cadru propice pentru crearea unei alianţe terapeutice pozitive.

De remarcat şi caracterul individualizat al terapiei ericksoniene, Milton Erickson fiind de părere că trebuie elaborată câte o terapie specială pentru fiecare pacient, parametrii acesteia fiind definiţi conform principiului „ce trebuie făcut pentru ca lucrurile să meargă mai bine". Astfel, terapia devine un demers de rezolvare de probleme în cadrul căruia se pun în aplicare diverse strategii care se verifică în practică şi se adaptează în funcţie de rezultatele obţinute. Milton Erickson nu pretindea că pacienţii săi erau complet vindecaţi în urma terapiei, ei fiind mai curând sprijiniţi să traverseze anumite etape dificile ale existenţei lor. Pacienţii acumulau în cursul psihoterapiei noi cunoştinţe cu privire la ei înşişi, cunoştinţe care le permiteau să devină independenţi şi să nu recurgă din nou la sprijinul terapeutului decât atunci când erau confruntaţi cu dificultăţi de altă natură.

6.1. Derularea unei terapii prin hipnoză (după Bellet, 2002)

Interviul preliminar

Acesta poate să se desfăşoare pe parcursul mai multor şedinţe de psihoterapie, în funcţie de tipul de dificultăţi pe care le întâmpină clientul, precum şi de capacitatea terapeutului de a le sesiza şi evalua. În cursul interviului preliminar, pacientul îşi va expune opiniile şi eventualele prejudecăţi legate de hipnoză, terapeutul acordând o atenţie deosebită expectaţiilor acestuia cu privire la metoda respectivă. Corectarea ideilor eronate despre hipnoză îl va determina pe pacient să-şi reconsidere expectaţiile.

Terapeutul va realiza un interviu în detaliu, notând problema, simptomele, dar şi cadrul în care aceasta se manifestă (mediu social, familial). După ce terapeutul s-a edificat, pacientul este invitat să se aşeze comod într-un fotoliu. Sugestiile administrate au drept scop facilitarea concentrării pacientului către interior; ele pot fi directe sau indirecte şi îl conduc pe client să trăiască experienţe agreabile. Pacientului i se dă posibilitatea să comunice cu terapeutul, pe tot parcursul şedinţei de hipnoză, prin intermediul unor mesaje exprimate verbal sau nonverbal. Informaţiile obţinute îl vor ajuta pe terapeut să conducă psihoterapia. Profunzimea hipnozei este direct proporţională cu precizia sugestiilor; cu cât acestea vor fi mai personalizate, cu atât clientul va intra într-o transă mai profundă şi terapia va fi mai eficientă.

Milton Erickson sublinia necesitatea de a cunoaşte sistemul de valori al pacientului şi de a-i vorbi „pe limba lui". Putem adăuga aici că pierderea contactului subiectului cu realitatea înconjurătoare nu este necesară pentru succesul terapiei. Profunzimea transei poate varia de la individ la individ sau, la acelaşi subiect, de la o şedinţă la alta sau chiar în cursul aceleiaşi şedinţe de psihoterapie, de la un moment la altul. Sugestiile directe sau indirecte se utilizează în funcţie de context. Astfel, sugestiile directe sunt mai uşor de aplicat şi se administrează, de regulă, la începutul şedinţei de hipnoză, putând îmbrăca forma următoare:

Cred că ați remarcat deja faptul că respirația dumneavoastră a devenit tot mai calmă, tot mai lentă, tot mai regulată, contribuind astfel la instalarea unei stări de confort, relaxare, destindere... etc.

Picioarele dumneavoastră sunt destinse, grele, grele, atât de grele încât vă este imposibil să vă mișcați...

Terapeutul va observa ceea ce se petrece cu subiectul, se va referi la anumite fenomene, pe care le va obiectiva, și va încuraja producerea acestora.

Observați cum pleoapele dumneavoastră devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb...

Sugestiile indirecte se referă la obiectivele terapiei, precum și la alternativele propuse, alternative exprimate în mod metaforic, ca în exemplul următor:

Mă întreb când vă veți schimba punctul de vedere... (predicatul „veți schimba" se transformă, datorită tonului vocii, în sugestia: „Veți schimba punctul de vedere!")

La încheierea ședinței, terapeutul va preciza din nou faptul că hipnoza reprezintă de fapt un proces de învățare prin intermediul căruia trupul și mintea vor redescoperi disponibilități latente ale subiectului, disponibilități pe care le va putea dezvolta și folosi în continuare. Pacientul va fi ghidat apoi să revină aici și acum, în cabinetul de psihoterapie. Urmează o discuție în cadrul căreia se analizează împreună cu clientul experiențele trăite, iar informațiile obținute sunt utilizate pentru desfășurarea ședinței următoare.

Autonomia pacientului crește odată cu progresul psihoterapiei, acesta putând să utilizeze elementele învățate pentru aplicarea autohipnozei. Interviul realizat după ședința de hipnoză nu are caracterul unui interogatoriu, rămânând la latitudinea pacientului să păstreze pentru sine acele trăiri pe care le consideră intime. Este indicat ca prima ședință de hipnoză să înceapă cu un exercițiu de relaxare, care să faciliteze accesul la o stare modificată de conștiință, permițându-i terapeutului să observe modul în care acesta reacționează.

Prezentăm mai jos un exemplu de *inducție hipnotică preliminară*, unde *nu* se administrează încă sugestii cu caracter terapeutic (după Bellet, 2002, pp. 75–79).

Așezați-vă confortabil în fotoliu, cu capul sprijinit, brațele întinse de-a lungul brațelor fotoliului și picioarele relaxate. În timp ce corpul dumneavoastră se destinde, vă imaginați că răsfoiți un album cu poze care reprezintă

amintiri. Răsfoiți albumul la întâmplare sau poate mai sistematic. Ritmul răsfoirii filelor se modifică, pentru că ați vrea să zăboviți mai mult pe o imagine sau pe alta. Mintea dumneavoastră apreciază ceea ce „vede" și, atunci când ați descoperit o imagine plăcută, când vă aflați pe malul mării, comunicați-mi acest lucru printr-o mișcare voluntară sau involuntară a unui deget.

Observați că puteți să vedeți imagini în plan interior atât cu ochii deschiși, cât și cu ochii închiși. Observați imaginile, remarcați bogăția detaliilor, care devine mai mare atunci când pleoapele sunt coborâte. Mișcarea degetului arătător drept îmi va indica faptul că ați găsit locul de pe plajă unde doriți să vă relaxați. Atunci când mergem la plajă, avem, de obicei, un loc preferat unde ne place să ne instalăm. Vă întindeți pentru câteva minute pe un cearșaf de plajă moale și pufos, simțiți tușeul acestuia și atingerea nisipului fin și cald. Sunteți calm și destins, pielea este protejată de soare de o loțiune cu miros plăcut, cu miros de vacanță, care vă ajută să vă simțiți tot mai relaxat.

Remarcați căldura agreabilă pe care o emană cearșaful de plajă, în timp ce razele soarelui vă înconjoară plăcut, accentuând starea de relaxare. Uneori surprindeți mici mișcări automate ale mâinii drepte sau stângi, care se joacă cu nisipul cald și moale, lăsându-l să se scurgă printre degete. Este o senzație plăcută, de parcă v-ați juca cu o pudră ușoară și fină; nu știu dacă ați remarcat deja că ritmul respirației dumneavoastră devine mai lent, mai calm, mai regulat, se mulează pe ritmul valurilor; simțiți aerul proaspăt, mirosul specific al brizei mării; auziți țipetele pescărușilor care se răsucesc în zbor deasupra apei; valurile se lovesc de țărm cu un zgomot ritmic; admirați spuma albă a mării care tivește crestele valurilor. După ce ați rămas un timp lungit pe plajă, a sosit momentul să verificați dacă apa este suficient de caldă pentru a face baie. Tălpile picioarelor pășesc pe nisipul cald și se apropie de țărm, unde acesta este umed și bătătorit. Intrați în apă și savurați răcoarea valurilor care vă învăluie picioarele. Este o senzație simplă și agreabilă. Apa este verzuie si ușor transparentă și mă întreb cum va prefera corpul dumneavoastră să se cufunde în apa mării... treptat, treptat sau să spintece valurile... Revenind la suprafață, veți regăsi senzația plăcută de plutire. Plutiți între apă și cerul albastru, vă simțiți ușor, ușor, liniștit, destins...

Simțiți cum valurile prietenoase vă îmbrățișează umerii, spatele, brațele, picioarele. Nisipul galben, marea verzuie și cerul albastru vă dau o senzație de liniște, armonie, echilibru. Trăiți o stare plăcută de plutire, legănare pe valuri, o senzație în care timpul nu mai are importanță, o secundă poate

dura un minut, un minut, o oră, o oră, o zi, iar o zi poate dura o săptămână sau chiar mai mult. Vă legănaţi plăcut, lăsându-vă duşi în voia valurilor şi retrăiţi un ritm nou în care se îmbină sunete, culori, senzaţii... Apa este atât de plăcută, atât de plăcută, încât vă este greu să precizaţi dacă se prelinge pe piele sau pielea alunecă pe apă...

Nu ştiu care dintre senzaţii este mai plăcută: relaxarea trupului, balansul pe ritmul valurilor, parfumul de vacanţă, mirosul apei mării, strălucirea de cleştar a valurilor, contactul cu nisipul moale şi fin, căldura plăcută a soarelui care vă îmbrăţişează cu razele sale sau poate o altă senzaţie mai specială în care trupul şi mintea descoperă împreună un spaţiu interior, personal, care le aparţine. Trupul şi mintea învaţă ceva, redescoperă ceva, nu vă este încă limpede. Ele învaţă să se modifice, să înţeleagă, pornind de la o fază când înţelegerea nu este încă prezentă; odată cu ele, învăţaţi să vă dezvoltaţi supleţea spiritului, capacitatea de a descoperi în stare de calm noi soluţii, noi alternative pentru problemele dumneavoastră; învăţaţi să faceţi noi conexiuni, să priviţi lucrurile dintr-o nouă perspectivă.

Bucuraţi-vă de această plajă de nisip, de această secvenţă de timp în afara timpului, de această zonă miraculoasă a cărei cheie de intrare este senzaţia plăcută regăsită pe malul mării, cheie pe care o deţineţi numai dumneavoastră. Înainte de a reveni în acest cabinet, plasaţi cheia într-un loc ascuns, accesibil doar dumneavoastră. Puse la adăpost, senzaţiile plăcute de calm, pace şi armonie, vor continua să se dezvolte, să crească pentru dumneavoastră. Reveniţi aici şi acum, în acest cabinet, şi regăsiţi senzaţiile legate de corpul dumneavoastră care se află relaxat în fotoliu. Pentru a vă ajuta să reveniţi, voi număra de la 5 la 1. 5, reveniţi aici şi acum, aveţi o senzaţie de energie care pătrunde în braţe şi picioare; 4, braţele şi picioarele revin la normal, revin la normal, sunt active şi pline de energie; 3, tot corpul revine la normal, revine la normal; 2, inspiraţi şi expiraţi adânc; 1, reveniţi la normal, corpul se regăseşte pe sine şi îşi reia activitatea de zi cu zi.

Disocierea realizată la nivelul diverselor instanţe psihice deschide un câmp larg pentru derularea procesărilor terapeutice. Sugestiile deschise, analogiile, ritmul şi tonul vocii, metaforele contribuie la declanşarea acestor procese de căutare interioară, generatoare de noi asociaţii, conexiuni, senzaţii, imagini sau stări afective.

Răspunsurile hipnotice reprezintă consecinţe obiective sau subiective ale acestor procesări şi semnalează schimbarea terapeutică. Starea de transă hipnotică presupune realizarea unei disocieri între psihic şi corp, între diferitele părţi ale corpului sau între diverse instanţe psihice. Terapeutul va administra sugestii menite să separe

diversele instanţe unele de celelalte: *Respiraţia ta devine tot mai regulată... mai calmă, mai liniştită... braţul tău drept devine tot mai uşor... mentalul tău inconştient se relaxează... procesele memoriei se derulează... etc.*

Datorită disocierii, pacientul va fi capabil să abordeze anumite situaţii, cu o încărcătură emoţională mai redusă, sau va putea percepe anumite senzaţii fizice fără a trăi şi stările afective aferente (totul va fi perceput cu detaşare, de la o anumită distanţă). Disocierea poate fi considerată un proces de extindere a proceselor psihice, şi nu o ruptură de tip patologic, asemănătoare celor produse în schizofrenie, iar în felul acesta, subiectul capătă o libertate mai mare de expresie, care îi permite să elaboreze noi asociaţii.

Ascultarea hipnotică

Aceasta reprezintă un mod particular de ascultare care îl ajută pe hipnoterapeut să culeagă informaţii referitoare la pacient. Acest mod de ascultare îi permite terapeutului să evalueze informaţiile care îi parvin într-o manieră intuitivă (analogică), fapt ce îl derutează adesea pe pacient.

Terapeutul trebuie să se afle el însuşi într-o stare asemănătoare cu transa, atitudinea acestuia prezentând următoarele caracteristici:

— detaşare de stimulii exteriori ai ambianţei;

— curiozitate;

— să nu aibă întrebările pregătite şi nici să nu anticipeze posibile răspunsuri;

— să nu stabilească niciun fel de ierarhie sau ordine a întrebărilor;

— să acorde o atenţie egală tuturor răspunsurilor şi reacţiilor clientului;

— să fie deschis;

— să descopere, să asambleze (să pună cap la cap) şi să interpreteze metaforele.

Relaţia dintre pacient şi terapeut trebuie să fie una de cooperare, terapeutul încurajând atât dialogul dintre el şi pacient, cât şi monologul acestuia. Observaţiile clinice au demonstrat că nu este posibil să hipnotizăm o persoană fără consimţământul său, un minimum de cooperare fiind absolut necesar. Tehnica hipnotică presupune, mai

ales la începutul aplicării sale, o etapă „receptivă" în cadrul căreia terapeutul ascultă şi recepţionează spusele pacientului în vederea asocierii şi reasamblării unor elemente eterogene prin intermediul cărora acesta îşi prezintă simptomatologia.

Terapeutul trebuie să descopere în ce măsură pacientul şi-a produs starea actuală (simptomele), prin intermediul unui proces de autohipnoză negativă, şi cum poate fi ajutat să „se apropie" de simptom şi să-l rezolve, transformându-l în altceva.

Metaforic vorbind, putem considera simptomul ca pe o haină de împrumut pe care pacientul o poartă, el având de ales între a o păstra sau a i-o înapoia proprietarului. În cazul în care clientul consideră că haina îi aparţine, poate s-o distrugă, să o dăruiască, să o vândă sau să o împrumute, cu alte cuvinte să o modifice (Bellet, 2002, p. 88).

Hipnoza acţionează la mai multe niveluri datorită mecanismelor disociative care se declanşează în psihicul uman. Disocierea pune în evidenţă şi relativizează entităţi care sunt adesea combinate şi chiar confundate: mişcări voluntare şi involuntare, emoţii şi mecanisme raţionale, aspecte ce ţin de procese conştiente şi inconştiente. Datorită acestor fenomene cu caracter disociativ, se deschid noi perspective de acţiune terapeutică, tehnica hipnotică putând să acţioneze mecanismele memoriei pacientului, respectiv axele spaţio-temporale. Hipnoza nu reprezintă o tehnică ezoterică, ci o tehnică ce poate fi învăţată şi perfecţionată prin exersare.

Hipnoza terapeutică

În viziunea ericksoniană, hipnoza este considerată un instrument de observare şi înţelegere a patologiei pacientului, o abordare mai puţin cunoscută deoarece, pentru marele public, hipnoza este asociată doar cu ideea de a acţiona asupra unei persoane.

Aşa cum am mai subliniat, atitudinea receptivă a terapeutului pare să răspundă la următoarea întrebare: „În ce măsură simptomatologia pacientului are la bază o stare sau un proces hipnotic?" (Bellet, 2002). La fel ca pacientul său, terapeutul va intra în transă hipnotică, va procesa informaţia, ceea ce înseamnă că el va putea interpreta afirmaţiile pacientului ad litteram, va putea evalua toate

semnificaţiile, alternativele, posibilităţile şi chiar aspectele cu caracter paradoxal. Putem afirma astfel că ascultarea hipnotică reprezintă un proces complex care presupune din partea terapeutului o activitate terapeutică intensă şi laborioasă.

Această discuţie, uneori destul de prelungită, reprezintă o etapă pregătitoare în cadrul căreia terapeutul acţionează deja în mod discret, fără ca pacientul să-şi dea seama. Este vorba despre aşa-numita hipnoză informală sau conversaţională, în care nu se pune accent pe aspectele ritualizate ale metodei, urmărindu-se obţinerea stării pe care Milton Erickson o denumea „transă cotidiană". Autorul menţionat era un adept al acestei forme de hipnoză informală, a cărei practicare presupune însă o foarte bună cunoaştere a hipnozei formale. Aceste aspecte mai puţin cunoscute ale hipnozei informale îi surprind adesea pe pacienţi, care aşteaptă o inducţie cu caracter spectaculos menită să conducă la trăirea unor stări de excepţie. Mulţi dintre aceştia întreabă când se va trece la hipnoză, chiar dacă ameliorările obţinute sunt deja evidente.

Abordarea ericksoniană presupune şi renunţarea la diagnosticul clasic, care-i pune pacientului o etichetă, ajutându-l pe terapeut să-şi privească pacientul într-o lumină nouă. De cele mai multe ori, elementele şi informaţiile semnificative referitoare la problema pacientului sunt prezente deja, terapeutul nefăcând altceva decât să le observe şi să le asocieze pentru ca schimbarea terapeutică să aibă loc.

Milton Erickson sublinia faptul că o cunoaştere a cauzelor simptomelor sau problemelor pacientului nu duce în mod automat la vindecare, aşa cum sunt de părere psihanaliştii. Astfel, victimele violurilor, agresiunilor sau catastrofelor naturale ştiu foarte bine de unde provin problemele lor şi totuşi această cunoaştere nu le asigură vindecarea. Pe de altă parte, bogăţia simptomatologică a maladiilor psihosomatice evidenţiază capacităţile surprinzătoare ale pacienţilor de a stabili legături între cauze şi efecte, între spirit şi corp, fapt evidenţiat adesea în limbajul popular care utilizează expresii ca „nu îl pot înghiţi" sau „nu văd nicio ieşire" etc. Aceste expresii ad litteram devin vehicule analogice pentru a realiza o anumită descărcare emoţională.

Hipnoza lucrează ca un fel de catalizator care îndeamnă la acţiune sau ca un dizolvant care distruge simptomele; prin combinarea elementelor acestora într-un alt mod, cele două funcţii pot fi conectate. Trebuie subliniat şi faptul că hipnoza îl ajută pe pacient să se

reaşeze la locul potrivit, în momentul potrivit şi să declanşeze acţiunea potrivită.

6.2. Sugestiile terapeutice (Yapko, 1995)

Forţa demersului hipnoterapeutic rezidă în formularea sugestiilor, în aşa fel încât ele să se adreseze cu precădere instanţelor de natură inconştientă. Comunicarea de tip hipnotic utilizează două tipuri de sugestii care nu se exclud reciproc: directe şi indirecte. Gradul de directivitate variază, la rândul său, pe un continuum unde, la un capăt, avem sugestiile directe şi, la celălalt, pe cele indirecte. Tipul de sugestii ales depinde de receptivitatea clientului, de problemele sale, precum şi de particularităţile personalităţii sale (de pildă, pentru un anumit client, sugestiile directe pot avea un caracter prea ameninţător).

Sugestiile directe

Se referă direct la problema clientului şi sugerează în mod clar şi evident un anumit răspuns din partea acestuia. Nu au un caracter subtil, se adresează într-o mai mare măsură instanţelor conştiente, propun soluţii pentru anumite probleme şi conţin instrucţiuni detaliate referitoare la modul în care trebuie să procedeze subiectul.

Dacă, de pildă, hipnoterapeutul doreşte ca subiectul să închidă ochii, el poate administra următoarele sugestii directe:

Închide ochii
Te rog să închizi ochii.
Poţi să închizi ochii.
Lasă ochii să se închidă.
Aş dori să închizi ochii.

Avantajele sugestiilor directe (Yapko, 1995)

1. Faptul că se referă explicit la problema în cauză îi întăreşte convingerea clientului că terapeutul îl poate ajuta să o rezolve.

2. Stabilesc scopuri clar definite pentru subiect.

3. Contribuie la implicarea activă a clientului în rezolvarea problemelor sale.

4. Dezvoltă capacitatea clientului de a-şi rezolva problemele viitoare, pentru că furnizează un model de rezolvare a acestora.

Dezavantajele sugestiilor indirecte:

1. Modul lor de funcţionare se bazează prea mult pe dorinţa conştientă a subiectului de a se conforma acestor sugestii.

2. Pot conduce la activarea rezistenţelor pacientului, deoarece îl abordează prea frontal, ceea ce pentru unele persoane poate părea ameninţător.

Hipnoterapeutul este cel care va trebui să aprecieze dacă acest gen de abordare va da sau nu rezultate pozitive.

Sugestiile indirecte

Reprezintă acele sugestii care se referă la problema-simptom sau solicită un anumit tip de răspuns într-o manieră ascunsă. Aceste sugestii au un caracter subtil şi nu se adresează, de regulă, instanţelor de natură conştientă. Clientul este cel care trebuie să le interpreteze şi să le descopere sensul. Utilizarea sugestiilor indirecte îl determină pe subiect să se întrebe la nivel conştient ce vrea să spună terapeutul, în timp ce la nivel inconştient se realizează asocieri între ceea ce se sugerează şi experienţele interioare ale subiectului, asocieri care pun bazele procesului de schimbare.

Sugestiile indirecte pot îmbrăca numeroase forme: povestiri, analogii, anecdote, metafore, teme pentru acasă sau sugestii multiple, intercondiţionate. Orice comunicare în cadrul căreia clientul este solicitat să răspundă, fără să i se ceară în mod expres acest lucru, implică într-o măsură mai mare sau mai mică prezenţa unor sugestii indirecte.

Prezentăm mai jos câteva modele de sugestii indirecte pentru închiderea ochilor:

Un bun subiect pentru hipnoză începe prin a închide ochii.

Poţi să laşi ochii tăi să se închidă?

Multora dintre clienţii mei le face plăcere să stea pe fotoliu cu ochii închişi.

Mă întreb ce anume te va determina să închizi ochii şi să te relaxezi confortabil în fotoliu.

Avantajul sugestiilor indirecte constă în aceea că ele utilizează, într-o măsură mult mai mare, resursele interioare ale subiectului. Aceste sugestii acţionează ca factori declanşatori ai unor procese asociative interne şi din acest motiv au un însemnat rol terapeutic. De asemenea, deoarece ele presupun o anumită distanţă între sugestia ca atare şi ceeea ce se aşteaptă să se obţină de la subiect, ele nu declanşează rezistenţele acestuia. Sugestiile indirecte produc şi un anumit grad de confuzie în legătură cu modul în care acestea l-ar putea ajuta, confuzie care îi lasă clientului loc pentru interpretări personale. Mai mult, prin faptul că nu-l forţează pe client să reacţioneze în vreun fel, terapeutul dă dovadă de respect pentru personalitatea şi problemele acestuia (Zeig, 1980; Lankton şi Lankton, 1983; Brown, 1991).

Dezavantajul utilizării sugestiilor indirecte constă în aceea că pacientul poate manifesta teamă la gândul că terapeutul nu este capabil sau nu doreşte să abordeze frontal problemele sale. („Dacă el nu este în stare, cum aş putea fi eu?" îşi poate spune în gând pacientul.) În felul acesta, terapeutul poate fi considerat de către pacient ca fiind incompetent sau evaziv, clientul putând să se simtă manipulat sau „tras pe sfoară". Un alt dezavantaj al acestui tip de abordare poate consta şi în faptul că procesarea la nivel inconştient a condus la rezolvarea problemei-simptom, în timp ce clientul va continua să se întrebe prin ce mecanism s-a produs schimbarea. Astfel, problema a fost rezolvată, dar clientul nu şi-a format modele de comportament pentru a soluţiona alte dificultăţi care pot să apară în viitor (Yapko, 1983; Lehrev, 1986).

Decizia terapeutului de a utiliza o abordare directă sau indirectă trebuie să aibă în vedere doi factori: nevoia de înţelegere şi gradul de receptivitate la sugestii a pacientului. Unii subiecţi vor să înţeleagă la nivel conştient ce anume se petrece (adresează mereu întrebări de tipul „de ce?"), în timp ce alţii vor să li se rezolve problema, indiferent prin ce mijloace. Cu cât o persoană doreşte mai mult să înţeleagă lucrurile la nivel conştient, cu atât o abordare indirectă va avea şanse mai mari să spargă tiparele sale obişnuite de gândire şi simţire şi să sporească, astfel, şansele de schimbare. Poate să se manifeste însă şi situaţia inversă, când o persoană raţională va fi bulversată de utilizarea unor demersuri indirecte, îşi va pierde

răbdarea şi motivaţia şi va renunţa la psihoterapie. Doar experienţa îl va învăţa pe terapeut ce stil să adopte.

În ceea ce priveşte cel de-al doilea factor, şi anume receptivitatea clientului (rezistenţele sunt considerate indicatori ai absenţei receptivităţii), Zeig (1980) este de părere că gradul de indirecţie trebuie să fie direct proporţional cu nivelul rezistenţelor percepute sau estimate de către terapeut. Cu alte cuvinte, în măsura în care pacientul nu poate sau nu doreşte să reacţioneze la sugestiile administrate de terapeut, acestea trebuie formulate într-un mod mai indirect.

Stilul adoptat de către hipnoterapeut poate varia de la unul autoritar la unul excesiv de permisiv şi se referă mai ales la tipul de relaţie între client şi terapeut. Stilul autoritar are la bază o relaţie de dominare, sugestiile fiind administrate sub forma unor comenzi, ca în exemplele de mai jos (Yapko. 1995):

Voi număra de la 1 până la 5 şi, când voi ajunge la 5, vei închide ochii.

Atunci când voi lovi palmele, te vei situa la vârsta de 7 ani.

Când te voi atinge pe umărul stâng, vei intra într-o stare de hipnoză profundă.

Nu-ţi vei aminti nimic din ce s-a petrecut aici.

Abordarea permisivă îi permite clientului să conştientizeze faptul că are mai multe posibilităţi să dea răspunsuri semnificative.

Iată câteva exemple de sugestii cu caracter permisiv:

Poate eşti interesat să descoperi o nouă modalitate de a te simţi mai bine.

Mă întreb dacă te-ai gândit că poţi învăţa aceste tehnici mai uşor decât ai crezut prima dată.

Nu ştiu care este poziţia în care te simţi cel mai comod.

S-ar putea să te concentrezi mai bine dacă închizi ochii.

Poţi decide să asculţi, dacă te interesează, ceea ce îţi voi spune.

Terapeutul sugerează ce anume poate simţi clientul dacă doreşte acest lucru, reponsabilitatea revenindu-i în întregime clientului. Acest tip de abordare, la fel ca sugestiile indirecte, conduce la înlăturarea rezistenţelor pacientului la psihoterapie (Gordon şi Meyers-Anderson, 1981; Grinder şi Bandler, 1981; Haley, 1985; Stanton, 1985; Gilligan, 1987).

Tipuri de sugestii (Yapko, 1995)

1. Sugestiile pozitive

Acestea sunt cel mai frecvent utilizate, cele mai simple şi cele mai utile în psihoterapie. Au un caracter suportiv, încurajator şi trezesc în mintea clientului ideea că poate realiza ceva pozitiv. Ele sunt menite să genereze răspunsuri dezirabile şi îmbracă următoarele forme:

Cu fiecare inspiraţie te simţi din ce în ce mai bine.

Îţi aminteşti de perioada când te-ai simţit mândru de tine.

Descoperi în tine forţe interioare pe care nu le bănuiai.

Observi cât de bine este să te relaxezi.

Simţi o căldură plăcută care îţi cuprinde palmele.

2. Sugestiile negative

Atunci când sunt utilizate cu măiestrie de către terapeut, ele pot genera o reacţie, sugerându-i subiectului tocmai absenţa acesteia, ca în exemplele de mai jos:

Nu trebuie să te gândeşti la culoarea ta preferată.

Nu te întrebi cât este ceasul.

Ar fi de dorit să nu remarci senzaţia care a apărut în piciorul tău stâng.

Nu trebuie să te gândeşti la prima ta iubită.

Te rog să nu observi care dintre prietenii tăi este cel mai materialist.

În viaţa cotidiană, sugestiile negative sunt utilizate de cele mai multe ori în mod spontan şi produc efecte indezirabile. Astfel, dacă medicul, de bună-credinţă, îi va spune pacientului său: „Nu-ţi face griji din cauza bolii tale", este foarte probabil că acesta va fi şi mai îngrijorat.

3. Sugestiile contextuale

Acestea conţin foarte multe detalii legate de trăirile afective, amintirile, gândurile sau imaginile pe care terapeutul doreşte să le sugereze în timpul hipnozei. Aceste detalii îl determină pe client să trăiască experienţe cât mai complexe şi cât mai profunde, ca în următoarele exemple:

Imaginează-ţi un minunat trandafir roşu cu petale catifelate şi miros pătrunzător.

Imaginează-ţi că te afli pe plajă, la mare, într-o zi însorită, când simţi razele soarelui mângâindu-ţi trupul... simţi mirosul mării... atingerea uşoară a brizei... auzi zgomotul plăcut şi monoton al valurilor care se lovesc de ţărm...

În urma acestor sugestii, subiecţii trăiesc experienţe plenare, care implică mai multe modalităţi senzoriale. Dezavantajul acestor sugestii constă însă în posibilitatea de a sugera experienţe care nu sunt agreate de client. De pildă, un client cu teamă de înălţime ar putea să nu se simtă prea bine dacă îi sugerăm că se relaxează plutind pe un nor.

4. Sugestiile cu caracter procesual

Spre deosebire de sugestiile contextuale, cele cu caracter procesual furnizează relativ puţine detalii, lăsându-i pacientului libertatea de a opta singur pentru detaliile experienţei sugerate, modul lor de funcţionare căpătând un caracter individualizat. Prezentăm mai jos câteva exemple:

Îţi vine în minte o amintire din copilărie, una pe care nu ai mai evocat-o de mult timp.

Pe măsură ce te relaxezi tot mai profund, simţi o senzaţie agreabilă care îţi cuprinde trupul.

Conştientizează un anumit sunet din încăpere.

Îţi aminteşti de clipa când te-ai simţit atât de mândru de tine?

Clientul este cel care decide ce experienţă doreşte să trăiască, alegerea depinzând de interacţiunile dintre instanţele conştiente şi cele inconştiente.

5. Sugestiile posthipnotice

Sugestiile posthipnotice i se administrează pacientului în stare de hipnoză şi se referă la stări afective sau comportamente care se vor declanşa ulterior într-un alt context. Aceste sugestii constituie un element important al demersului terapeutic în cazul în care clientul reuşeşte să achiziţioneze noi modalităţi de răspuns pe care le va utiliza în cursul unor experienţe viitoare. În absenţa acestora, informaţiile, deprinderile şi modalităţile de comportament achiziţionate în cursul şedinţei de hipnoză se vor limita doar la situaţia hipnotică.

Sugestiile posthipnotice permit generalizarea noilor achiziţii şi la alte stări de conştiinţă decât cea specifică hipnozei, acestea fiind integrate în viaţa cotidiană a subiectului. De asemenea, sugestiile posthipnotice pot fi utilizate şi pentru a facilita şedinţele viitoare de hipnoterapie, sugerându-i-se subiectului că va intra într-o stare de transă din ce în ce mai profundă.

Sugestii cu caracter special

1. Întrebările sugestive de accesare

Reprezintă întrebări care îl încurajează pe pacient să reacționeze și în plan experiențial, nu numai la nivel verbal. Aceste întrebări sugestive focalizează atenția subiecților asupra unor aspecte specifice ale experiențelor lor subiective, experiențe pe care le amplifică prin felul în care sunt adresate, de exemplu: *Poți să-ți reamintești, cu lux de amănunte, cât de plăcut și relaxant este să stai pe plajă și să simți cum razele soarelui îți mângâie pielea?*

Întrebările sugestive de accesare au fost denumite de unii autori „postulate conversaționale" (Bandler și Grinder, 1979; Hammond, 1990).

2. Sugestii cu caracter ambiguu

Terapeutul poate utiliza ambiguitatea pentru a stimula proiecțiile clientului, la fel ca în cazul sugestiilor nespecifice, cu caracter procesual. De pildă: *În problema aceasta poți să fii ca o vulpe sau ca un șarpe* poate reprezenta o afirmație pe care subiectul nu știe cum să o interpreteze: terapeutul îi laudă înțelepciunea sau îi critică lipsa de caracter?

3. Sugestii bipolare

Ele presupun alăturarea unor experiențe opuse:

Pe măsură ce brațul tău stâng devine rece și amorțit, brațul drept este cuprins de o căldură plăcută și reacționează la comenzile mele.

4. Sugestii care presupun o alegere forțată

Terapeutul îi va oferi clientului său două variante alese astfel încât, oricare ar fi opțiunea subiectului, acesta va reacționa în sensul celor sugerate de terapeut, ca în exemplele de mai jos:

Dorești să intri în hipnoză acum sau peste 5 minute?

Te vei bucura de starea plăcută de transă profundă stând pe acest fotoliu sau pe cel din colț?

5. Sugestii care generează confuzia

Aceste sugestii sunt construite astfel încât să-i creeze clientului o stare de confuzie menită să-i sporească receptivitatea la hipnoză. Ele reorientează montajul cognitiv al unui subiect excesiv de rațional și facilitează disocierea dintre instanțele conștiente și cele inconștiente.

6. Sugestii care acoperă toate posibilitățile

O modalitate de a reduce rezistențele și de a accentua receptivitatea pacientului constă în a-i sugera toate răspunsurile posibile la o sugestie.

Îți vei aminti un lucru important care s-a petrecut în copilărie sau poate că s-a întâmplat recent sau undeva între copilărie și vârsta ta actuală.

În felul acesta, orice amintire ar evoca subiectul, el va reacționa în sensul sugestiei și cooperarea este asigurată.

7. Instrucțiunile sugestive implicite

Aceste sugestii sunt alcătuite din două părți: prima parte reprezintă o sugestie indirectă de realizare a unei acțiuni, în timp ce partea a doua conține sugestia directă care vizează declanșarea răspunsului așteptat:

Atunci când vei simți o tresărire în brațul tău drept (sugestie indirectă), *vei constata că acesta devine tot mai ușor, tot mai ușor* (Erickson și Rossi, 1975; Grinder și Bandler, 1979).

8. Sugestii care utilizează accentele

Acestea presupun repetarea unor „cuvinte-cheie" sau a unor propoziții pentru a adânci transa, pentru a facilita apariția anumitor experiențe sau pentru a „sădi" în mintea subiectului anumite idei menite să-l ajute să facă față unor dificultăți viitoare: *O persoană care gândește profund va ajunge la o înțelegere profundă și va pătrunde în profunzimea lucrurilor...* (Erickson, 1966; Zeig, 1980).

9. Sugestii metaforice

Metafora reprezintă o tehnică indirectă de a atinge anumite obiective terapeutice sau autoformative, fiind considerată metoda cea mai puternică și, în același timp, cea mai permisivă prin care i se poate comunica pacientului o anumită informație relevantă (Gordon, 1978; Barker, 1985; Wallas, 1985).

10. Sugestii cu caracter paradoxal

Acestea conțin anumite enunțuri incompatibile la prima vedere, referitoare la un anumit fenomen sau situație, ca de pildă: *Vei depune toate eforturile pentru ca, vreme de 5 minute, să lucrezi asupra ta, spre a integra noile experiențe acumulate* (Selter, 1986; Lange, 1988).

11. Supoziții sugestive

În cadrul acestor sugestii se consideră de la sine înțeles că un fenomen așteptat se va produce, problema este însă când se va întâmpla aceasta.

Ce plăcut surprins vei fi atunci când vei descoperi care este problema ta.

12. Anecdotele

Utilizarea unor anecdote pentru a modifica un cadru de referință este deosebit de utilă, pentru că produce asocierea hipnozei cu o comunicare caldă și degajată.

13. Truismele

Un truism reprezintă o observaţie izvorâtă din bun simţ, o observaţie evidentă şi care nu poate fi contestată. Acesta este utilizat pentru a construi un montaj psihologic de acceptare pentru sugestiile care vor urma:

Fiecare persoană este unică, aşa cum ştim cu toţii (truism), *motiv pentru care vei trăi hipnoza profundă în maniera ta personală* (Erickson şi Rossi, 1979; Hammond, 1990).

14. Sugestii de întărire a eului

Hartland (1971) este primul terapeut care a utilizat sugestii directe de întărire a eului.

Mai târziu, Stanton (1993) a abordat problematica întăririi eului într-o manieră ceva mai indirectă. Aceşti autori, împreună cu Hammond (1990), sunt de părere că sugestiile de întărire a eului trebuie utilizate la începutul psihoterapiei, pentru că majoritatea clienţilor nu luptă pentru abandonarea simptomelor lor, întrucât nu se simt suficient de puternici să o facă, ei având nevoie de un fel de „fortificare" în plan psihologic.

Gafner şi Benson (2003, p. 295) utilizează pentru întărirea eului tehnica povestirilor metaforice, ca în exemplul de mai jos.

„Casa verde" — povestire adaptată după „Răsadurile", Wallas (1985) (adaptată de noi)

A fost odată, cândva, într-o altă ţară, o minunată casă verde. Un băieţel trecea în fiecare zi prin faţa ei în drum spre şcoală, întrebându-se cum ar fi dacă ar lucra acolo, în interiorul minunatei case verzi. Curând venea vacanţa de vară şi şcoala urma să se închidă. Într-o zi, băiatul se opri în faţa casei verzi, ciocăni la poartă şi întrebă dacă nu se găseşte ceva de lucru pentru el. Deşi nu a aşteptat decât câteva minute, i s-a părut o veşnicie până când a venit stăpâna casei, o femeie voinică, cu braţe puternice.

— Poţi lucra aici, dar numai dacă lucrezi foarte bine, eşti foarte atent şi nu-ţi laşi mintea să zboare, i-a spus ea.

Băieţelul a fost încântat să primească slujba. În dimineaţa următoare el s-a dus la lucru şi a aflat multe lucruri interesante. Casa verde era o construcţie imensă, cu nenumărate rânduri de sere de sticlă, în care se reflectau razele soarelui. În interiorul serelor era umezeală şi căldură, pentru că acolo creşteau diferite plante în ghivece sau în lădiţe, pe rafturi.

Băieţelul s-a lăsat furat de feeria culorilor, formelor, miresmelor, astfel încât a uitat de sine... de lumea de afară, pierzând noţiunea timpului, pe măsură ce

admira splendorile din casa verde, care semăna cu o împărăţie a zânelor. Zi de zi, băieţelul transplanta şi îngrijea răsaduri, pe care le uda, observând cum cresc... cresc tot mai mari...

Într-o zi, un ghiveci cu un răsad a căzut în spatele raftului... acolo era întuneric şi nimeni nu l-a văzut... Răsadul a rămas mult timp acolo, pierdut, uitat de toţi... fără apărare... fără viaţă, uscat... îngălbenit... Făcând curat în seră, băieţelul a găsit micul ghiveci...

— Ce se întâmplă? s-a întrebat el, plăntuţa asta nu este la fel cu celelalte...

El a ridicat ghiveciul şi l-a privit în lumină, constatând că răsadul a murit... dar examinându-l cu mai multă atenţie a descoperit un mugur verde chiar lângă rădăcină...

— Ce aş putea face pentru planta aceasta? s-a întrebat el, şi imaginaţia lui a început să lucreze...

Băiatul a mers la stăpâna serelor şi i-a arătat ce a găsit, întrebând-o dacă e bine să păstreze planta.

— Nu e bine, arunc-o, a spus ea... O să-ţi dau alt răsad mai bun... Nu trebuie să pierzi timpul cu plante moarte...

Dar băiatul nu a vrut să cedeze... la sfârşitul zilei a privit răsadul cu multă atenţie şi a observat că undeva, în interiorul ei, planta mai are multă viaţă... Ea a continuat să crească în întuneric şi uscăciune şi şi-a format un sistem de rădăcini puternice... foarte puternice... care au continuat să crească, să se dezvolte în ciuda lipsei apei şi luminii, ghiveciul devenind neîncăpător pentru puternicele rădăcini... puternicele rădăcini care l-au făcut să crape datorită forţei vitale a plantei... Băiatul a cercetat din nou sistemul de rădăcini puternice, pline de viaţă. El a plantat răsadul în pământ bogat, într-o lădiţă în care avea suficient loc şi apă, departe de celelalte plante... După câteva săptămâni au început să apară frunzuliţe, pe măsură ce puternicele rădăcini absorbeau umezeala şi hrana din pământ... Da, mica plantă creştea... creştea mereu... Băiatul a continuat să îngrijească răsadul, care devenea tot mai mare... tot mai mare... astfel încât a avut nevoie de o nouă lădiţă...

La sfârşitul verii, vacanţa s-a terminat şi băiatul a părăsit slujba... Au trecut mulţi ani şi el nu a uitat experienţa de la casa verde. Adesea, el se gândea la micul răsad care acum trebuia să fie o plantă într-o grădină... Cel mai mult se mira de modul în care a supravieţuit, a rezistat, a crescut şi s-a dezvoltat micul răsad, şi aceasta numai datorită sistemului său puternic de rădăcini.

În timp ce în hipnoza ericksoniană se foloseşte sugestia de tip indirect metaforic, în cazul inducţiei hipnotice clasice reamintim că se utilizează astfel de sugestii:

Aşezaţi-vă comod în fotoliu şi fixaţi acest punct pe perete. Fixaţi cu toată atenţia punctul respectiv şi ascultaţi numai vocea mea. Eu voi număra

de la 1 până la 10. Când voi ajunge cu numărătoarea la 10, veţi închide ochii şi veţi intra în transă hipnotică. 1 — fixaţi punctul; 2 — pleoapele tremură uşor; 3 — deşi vă străduiţi să ţineţi ochii deschişi, pleoapele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb; 4 — întregul corp devine greu, tot mai greu, greu ca de plumb; 5 — corpul devine tot mai greu, tot mai greu, braţele devin grele, tot mai grele, picioarele grele, tot mai grele, întregul corp devine tot mai greu, tot mai greu; 6 — braţele devin tot mai grele, întregul corp devine din ce în ce mai greu, greu ca de plumb; 7 — pleoapele devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb şi au tendinţa de a se închide, simţiţi o tentaţie irezistibilă de a închide ochii; 8 — intraţi într-o stare de destindere, de relaxare profundă; 9 — intraţi într-o stare de relaxare profundă; 10 — pleoapele se închid şi intraţi acum într-o stare de transă profundă, intraţi acum într-o stare de transă profundă.

Sugestiile indirecte de tip metaforic sunt recomandate mai ales în etapa de adâncire a transei. Sugestiile indirecte sunt denumite astfel din cauza aparentei lor lipse de precizie. Ele sunt mai eficiente pentru că pacientul se află în situaţia de a alege, ceea ce îi conferă o mai nuanţată libertate personală. Abordarea indirectă seamănă cu un acompaniament muzical în care subiectul execută un fel de dans în care nu-şi permite nici s-o ia prea mult înainte, nici să rămână în urmă. Terapeutul îi va indica pacientului direcţia, lăsându-i libertatea de a-şi alege singur drumul de urmat. Eficienţa terapeutică a sugestiilor indirecte rezidă în caracterul lor vag şi deschis, pacientul având libertatea să-şi construiască propriile imagini sau să trăiască propriile senzaţii. Sugestiile indirecte îi oferă pacientului o paletă largă de variante de răspuns.

Prezentăm mai jos un fragment de inducţie hipnotică realizată prin intermediul sugestiilor indirecte (adaptat după Bellet, 2002, p. 111).

Aşezaţi-vă comod în acest fotoliu cu care corpul dumneavoastră va face treptat cunoştinţă... în ritmul său personal. Cu ajutorul unor mişcări uşoare, capul se va sprijini de spătarul fotoliului, spatele îşi va găsi un loc confortabil... membrele superioare se vor sprijini pe braţele fotoliului într-o poziţie comodă, pe care o veţi putea modifica ulterior pentru a vă găsi un loc şi mai confortabil... în timp ce picioarele se sprijină şi ele relaxat pe podea. Şi în timp ce corpul dumneavoastră se instalează într-o poziţie comodă, sufletul va regăsi poate mai uşor în memorie un loc de odihnă agreabilă.

Atunci când savuraţi o plimbare plăcută, încântătoare, imagini care se perindă prin faţa ochilor... puteţi observa aceste imagini atât cu ochii

deschişi, cât şi cu ei închişi... Imaginile defilează prin faţa ochilor dumneavoastră în ritmul lor şi mă întreb oare ce destinaţie îşi va alege sufletul pentru a realiza călătoria de astăzi. Poate va dori să meargă la munte, la ţară sau la mare sau poate în alt loc şi mă întreb ce anotimp ar fi mai potrivit pentru călătoria noastră.

Atunci când spiritul dumneavoastră a găsit locul şi momentul potrivit, îmi veţi indica acest lucru printr-o mişcare discretă, voluntară sau involuntară a unui deget de la o mână sau de la cealaltă.

Pacientul este dirijat să se concentreze asupra propriilor senzaţii corporale şi să pătrundă în interiorul fiinţei sale.

Limbajul utilizat de către terapeut în cadrul hipnozei permisive este descriptiv şi deschis. Se face apel (Bellet, 2002) la tonul vocii, care trebuie să fie în acord cu conţinutul celor afirmate, terapeutul utilizând nuanţările în acelaşi mod în care o face un bun povestitor. De pildă, un ton mai grav se potriveşte ideii de profunzime a relaxării, în timp ce notele mai înalte sunt adecvate atunci când dorim să sugerăm ideea de uşor, de plutire, de zbor.

Ritmul, pauzele, tăcerile, accentele

Adesea, pacienţii care au alunecat deja în transă nu mai aud decât ritmul vocii, fără a mai fi atenţi la metaforele sofisticate elaborate de terapeut. Ritmul vocii trebuie sincronizat cu respiraţia pacientului. Terapeutul îşi va modifica propriul ritm vocal şi respirator, pentru a-l schimba pe cel al pacientului. Ritmul vocii este dat de alternanţa cuvintelor şi pauzelor, care au, la rândul lor, un rol sugestiv, rămânând la latitudinea pacientului să umple golurile respective. Momentele de tăcere contribuie la amplificarea atitudinii de aşteptare. Ritmul asociat cu tonul vocii rafinează accentele, terapeutul insistând asupra unui cuvânt sau asupra altuia.

Comunicarea din timpul şedinţei de hipnoză trebuie să ţină seama de modalitatea senzorială dominantă (vizuală, auditivă, kinestezică) în care subiectul procesează informaţiile. Terapeutul va putea să afle care este această modalitate senzorială analizând modul în care se exprimă pacientul (expresiile verbale ale acestuia). Astfel, cel care procesează în sistem verbal va spune: „Nu văd nicio ieşire"; „Parcă mă aflu în faţa unui zid" etc., în timp ce subiectul care

procesează în sistem kinestezic se poate exprima astfel: „Simt o povară pe umeri" etc.

Informațiile obținute de la pacient în legătură cu modul în care percepe el hipnoza vor fi utilizate pentru personalizarea ședințelor următoare.

Utilizarea metaforelor terapeutice

Metafora reprezintă o figură de stil care, ca și comparația, are o valoare analogică. Ea presupune alăturarea a două aspecte sau realități, și această relație de contiguitate va conduce la identificarea, măcar parțială, a uneia cu cealaltă, ca în următoarele exemple: „George este un leu"; „Copilul este un soare" etc.

Metaforele se adresează atât persoanelor mai simple, cât și celor cu un nivel ridicat de instrucție și au fost utilizate de-a lungul timpului pentru a-i transmite tinerei generații experiențele acumulate de vârstnici.

Termenul de metaforă provine din grecescul *metaphora* care înseamnă transport atât în sens propriu, cât și în sens figurat.

În cadrul metaforei se produce un transfer de atribute între elementele comparate, fapt ce transformă noțiunea statică de similitudine într-un proces dinamic, activ. Eficiența exprimării metaforice este conferită de faptul că metafora sintetizează într-o formă concisă, descriptivă și naturală un lung discurs explicativ. Basmele, povestirile, parabolele reprezintă o succesiune de metafore combinate.

Rolul metaforei în psihoterapie este prezentat astfel (Bellet, 2002):

- Stabilește o relație securizantă: metafora, prin intermediul exprimării familiare, favorizează contactul dintre pacient și terapeut;
- Sporește forța argumentării, deoarece captează atenția subiectului;
- Stabilește corespondențe între simptomele și problemele pacientului și elementele metaforei;
- Reetichetează simptomatologia, dându-i un sens nou, care îl face pe pacient să-și privească dificultățile dintr-o altă perspectivă;
- Încurajează pacientul să utilizeze imaginația și să-și pună în valoare disponibilitățile creative;

- Contribuie la reducerea rezistențelor, pentru că problema s-a modificat și pacientul nu mai are la ce să reziste;
- Sugerează soluții;
- Accesează experiențele emoționale ale pacientului și le fixează în memorie;
- Pune în acțiune procese asociative care permit trecerea suplă de la problemă la rezolvarea acesteia;
- Contribuie la responsabilizarea pacientului, care conferă o nouă semnificație simptomelor sale și se angajează în depășirea acestora.

Sentimentul de identificare pe care îl trăiește pacientul căruia i se aplică metafora contribuie la sporirea forței acesteia ca instrument al schimbării terapeutice. Din acest motiv, alegerea povestirii, precum și a momentului când aceasta va fi aplicată îi aparține terapeutului.

Povestirea metaforică sugerează o cale de urmat și are următoarea structură (Bellet, 2002, p. 121):

- Prologul: „A fost odată..."
- Actorii: unul sau mai mulți protagoniști
- Expunerea problemei
- Pentru care există o soluție
- Care se pune în aplicare făcându-se referire la subiectul în cauză.

Pe baza acestei scheme, terapeutul va putea construi povestiri metaforice personalizate pentru fiecare pacient în parte. Se pot utiliza, de asemenea, și povestiri, basme sau parabole cunoscute. De pildă, basmul „Rățușca cea urâtă" îi permite unui pacient să identifice propriile sale dificultăți și să întrezărească, în ciuda unei situații nesigure și defavorabile, posibilitatea depășirii obstacolelor existenței. Această povestire le poate fi utilă mai ales persoanelor care nu au încredere în propriile capacități.

Ascultarea unei povestiri în stare de relaxare sau transă hipnotică este mult mai sugestivă decât citirea acesteia.

Povestirea metaforică include mai multe etape (Bellet, 2002, p. 121):

- Conflictul metaforic: venirea pe lume a rățuștei care nu seamănă cu celelalte;
- Activarea proceselor inconștiente și a disponibilităților latente: mama bobocului îl apără și îi pune în valoare calitățile atunci când apar lebedele;

- Evocarea unor situații de învățare: „rățușca" învață să înoate, să zboare, să se îngrijească;
- Criza metaforică: agresiunea, iarna grea;
- Noua identitate: „rățușca" se privește în oglinda apei și se vede lebădă;
- Recunoașterea din partea celorlalți: lebedele mai vârstnice se înclină în fața ei.

Povestirea metaforică are o funcție terapeutică datorată peripețiilor și încercărilor cu care se identifică pacientul și care în final conduc la rezolvarea problemei.

Spre deosebire de povestirea metaforică, parabola reprezintă o succesiune de metafore, simboluri și alegorii, exprimate de un personaj investit cu autoritate, care o plasează în planul vieții spirituale. Pacienții care se prezintă la psihoterapie îi pun terapeutului o serie de întrebări pentru care nu au putut găsi un răspuns. Rolul terapeutului nu este acela de a furniza răspunsuri, ci de a-l determina pe pacient să le găsească singur, privind propriile probleme dintr-o nouă perspectivă.

În mod obișnuit, practica medicală și psihoterapeutică acordă atenție afecțiunii, perturbării, respectiv problemei, accentul fiind pus pe starea de boală, nu pe cea de sănătate. Acesta reprezintă un punct de vedere unilateral, pentru că atenția terapeutului se va focaliza pe simptom, neglijând contextul. Abordarea medicală și psihoterapeutică obișnuită presupune înlăturarea simptomului, așa cum se procedează și în hipnoza clasică. Hipnoza și psihoterapia ericksoniană se apleacă și asupra contextului pe care îl utilizează în calitate de resursă. A trata o rană este util, dar a face să crească în jurul ei o piele sănătoasă amplifică posibilitățile de vindecare a pacientului.

Lankton (2010) subliniază faptul că hipnoza și abordarea terapeutică ericksoniană își au originile în studiile clinice și conferințele ținute de Milton Erickson (1901–1980), personalitate care a jucat un rol central în domeniul practicării hipnozei clinice.

Activitatea lui Milton Erickson a fost sintetizată în lucrările unor discipoli ai săi, dintre care cei mai reprezentativi sunt Rossi, Haley, Lankton și Zeig. Milton Erickson a lucrat timp de 50 de ani și a tratat aproximativ 30 000 de clienți (Lankton și Lankton, 2008) din toate categoriile sociale și cu afecțiuni foarte diverse.

Milton Erickson utiliza un sistem de diagnostic modern cu mult înainte ca teoriile comunicării să se impună în psihologie (Lankton

şi Lankton, 2008). Acesta aborda clienţii ţinând seama de contextul relaţional şi familial în care aceştia îşi desfăşurau activitatea şi existenţa. Terapeutul pornea de la premisa că oamenii operează cu anumite hărţi mentale ale lumii, hărţi însuşite în urma unui proces de învăţare. Acestea conţin reguli de interacţiune, experienţe, percepţii, reprezentări care se constituie în ceea ce el numea resursele interioare ale clientului. Aceste hărţi mentale conţin şi limitările referitoare la maniera în care oamenii trebuie să interacţioneze unul cu celălalt, precum şi maniera în care aceştia percep şi trăiesc experienţele de viaţă.

Milton Erickson s-a ferit să dea acestei concepţii vreo conotaţie teoretică, el afirmând că elaborează câte o teorie pentru fiecare client în parte. Fin observator al comportamentului uman, Milton Erickson obţinea informaţiile necesare de la client nu numai din relatările acestuia, ci şi din analiza atentă a comportamentului verbal şi nonverbal.

Unul dintre punctele-cheie ale abordării ericksoniene îl reprezintă aşa-numitul *principiu al utilizării*, proces care presupune folosirea în cadrul demersului terapeutic a energiei clientului, a punctelor sale de vedere, a abilităţilor şi disponibilităţilor acestuia. Astfel, în cazul în care clientul este relaxat, încordat, tăcut, vorbăreţ, pasiv, liniştit, agitat, temător, încrezător etc., aceste comportamente vor fi acceptate de către terapeut, iar clientul va fi dirijat să le continue pentru a se ajunge în mod direct la un demers cu valoare terapeutică.

Tensiunile şi rezistenţele nu sunt privite ca atare, nu se declanşează o luptă împotriva acestora, ci ele sunt utilizate pentru a crea contextul care facilitează schimbarea. Astfel, dacă un cuplu se prezintă la psihoterapie pentru certuri frecvente, terapeutul le va cere pentru început partenerilor să se certe cât mai mult.

Principiul utilizării poate fi abordat şi în sensul folosirii disponibilităţilor latente şi a resurselor cu care se prezintă clientul la psihoterapie. Fiecare client poate să fantasmeze, să-şi amintească ceva, să declanşeze comportamente regresive, să anticipeze, să se relaxeze, să uite, să-şi imagineze, să intre într-o stare modificată de conştiinţă. Utilizând aceste abilităţi naturale, clientul împreună cu terapeutul vor coopera pentru a genera un context favorabil schimbării.

Un alt aspect important al abordării ericksoniene, care derivă din principiul utilizării, se referă la faptul că terapeutul va vorbi „pe limba clientului" şi îl va întâlni pe acesta pe propriul său teren

(Lankton şi Lankton, 2008). Acest tip de comunicare presupune din partea terapeutului multă creativitate şi flexibilitate.

Terapeutul va intra în rezonanţă cu limbajul clientului, cu atitudinea şi concepţia sa despre viaţă, cu aspectele de natură culturală, cu viteza derulării vorbirii, cu mimica, pantomimica şi chiar ritmul respirator al acestuia. În cazul în care clientul este cooperant, comunică deschis şi este motivat pentru schimbare, terapia ericksoniană va face apel la comunicarea directă, la sugestii hipnotice directe şi la sugerarea unor comportamente clare, fără echivoc.

În conformitate cu principiul utilizării, un client agresiv şi competitiv va fi lăsat de către terapeut să câştige disputa. Pentru un astfel de client, comunicarea directă este preferabilă utilizării ambiguităţii şi sugestiilor indirecte. Cu toate acestea, dacă derularea şedinţei de psihoterapie va decurge în aşa fel încât un astfel de client să intre în transă, se va putea face apel şi la strategii terapeutice cu caracter indirect.

O mare categorie de clienţi se prezintă la psihoterapie cu atitudini ambivalente, cu abilităţi modeste de comunicare şi cu o serie de limitări învăţate în decursul timpului. Aceşti clienţi nu sunt prea complianţi la terapie şi nu reuşesc prea bine să facă apel la resursele de care dispun. Milton Erickson recomanda un demers care să combine sugestiile directe cu cele indirecte. Astfel, sugestiile indirecte utilizate sub forma metaforelor sau anecdotelor sunt cele care creează premisele unei deschideri mentale pentru sugestiile directe care vor veni. Psihoterapia ericksoniană are un caracter activ, strategic, punând accentul asupra prezentului şi viitorului, şi nu asupra aspectelor patologice ale clientului, fără a acorda prea multă atenţie experienţelor trecute ale acestuia.

Orientarea indirectă în psihoterapie s-a dezvoltat mai ales în ultimele decenii ale activităţii lui Milton Erickson şi a căpătat notorietate mai ales după încetarea din viaţă a autorului (Haley, 1963, 1973, 1967; Watzlawick, Weakland şi Fish, 1974; Erickson şi Rossi, 1980; Weakland şi Segal, 1982; Lankton şi Lankton, 1983/2008).

Utilizarea ambiguităţii trezeşte curiozitatea clientului şi deschide calea către schimbare. În loc să îngreuneze comunicarea, ambiguitatea nu face decât să o faciliteze şi acest adevăr este valabil atât pentru transa hipnotică, cât şi pentru comunicarea obişnuită în stare de veghe. Ambiguitatea facilitează procesele interioare de căutare mentală. Una dintre cele mai puternice strategii terapeutice pentru

facilitarea schimbării se referă la utilizarea limbajului hipnotic, determinând reacţii de natură inconştientă de la interlocutor. Sugestiile cu caracter direct activează răspunsuri de natură inconştientă atunci când autoritatea terapeutului este recunoscută, astfel că subiectul este receptiv la schimbare, iar administrarea lor are un caracter repetitiv şi persuasiv, evocând reacţii de tip ideomotor sau senzorial, clar orientate către scop.

Sugestiile indirecte au de altfel un caracter vag, ambiguu şi permisiv. Acestea permit manifestarea particularităţilor individuale ale clientului, a experienţelor sale unice şi actualizarea potenţialului de resurse al acestuia. Ele pot scurtcircuita mai uşor spiritul critic al gândirii discursive, precum şi limitările dobândite de-a lungul timpului de indivizi. Din acest motiv ele s-au dovedit mai eficiente şi cu o durată mai lungă de acţiune comparativ cu cele directe (Lankton, 2010, p. 11).

Obiectivul sugestiilor indirecte nu este acela de a implementa o idee în psihicul subiectului, ci de a accesa experienţe cognitive, perceptive, emoţionale şi comportamentale menite să pună în acţiune demersul de vindecare şi dezvoltare personală. Astfel, terapia ericksoniană evită etichetările patologizante, care stigmatizează clienţii şi problemele acestora, şi ajută clienţii să-şi reconsidere într-o lumină creativă interrelaţiile.

Diminuarea abordării cu caracter patologic contribuie în mod indirect şi la reducerea rezistenţelor la terapie. Terapeutul ericksonian nu se consideră pe sine un expert în soluţionarea problemelor clientului său, ci un specialist în crearea contextului în care să poată avea loc schimbarea. Acest obiectiv se poate atinge prin intermediul unor intervenţii terapeutice cu caracter didactic, prin intermediul hipnozei, al terapiei de cuplu sau de familie, prin sarcinile pentru acasă sau prin combinarea acestor procedee. Demersul psihoterapeutic are un caracter flexibil şi tratează fiecare client în parte ca pe un caz unic.

Terapeutul face eforturi să stimuleze activismul clientului şi să-l determine să progeseze în direcţia schimbării. Schimbările se pot realiza sub forma unor paşi mici care se produc în cabinetul de psihoterapie şi care apoi se vor amplifica în afara acestuia. Temele pentru acasă au menirea să-l determine pe client să pună în acţiune comportamentele care au fost procesate terapeutic în timpul şedinţelor de psihoterapie.

Terapeuții de orientare ericksoniană sunt de părere că insightul sau înțelegerea naturii problemelor lor nu are o importanță centrală, mai importante fiind trăirile unor noi experiențe și tranzacții care conduc la o redimensionare a structurii relațiilor interpersonale. Așa cum am mai subliniat, demersul terapeutic ericksonian este orientat către viitor și este centrat asupra integrării terapiei de familie în cea individuală, realizată prin intermediul hipnozei. Această abordare se deosebește de majoritatea demersurilor tradiționale care pun accent pe aspectele disfuncționale ale clientului pe care caută să le analizeze, interpreteze, sau pe cele care îl ajută pe client să realizeze un insight cu privire la natura acestora.

Erickson și Rossi (2008) subliniază faptul că stările actuale nu trebuie neapărat considerate ca o extensie a unor psihotraume timpurii, pentru a fi înțelese și ameliorate. Preocupările exagerate referitoare la trecutul clientului și ignorarea aspectelor prezente și nevoilor viitoare nu fac decât să prelungească în mod nejustificat și să complice demersul terapeutic. Chiar dacă un client a dezvoltat un comportament simptomatic în trecut, abordarea ericksoniană se focalizează asupra *modului în care problema respectivă este menținută în prezent.*

La începuturile carierei sale, Milton Erickson utiliza într-o măsură mai mare stilul autoritar, directiv și sugestiile directe, pentru ca ulterior să opteze pentru un demers psihoterapeutic mai permisiv și mai ambiguu, considerând că tehnicile indirecte îl ajută mai mult pe client să-și acceseze resursele interioare și să-și trăiască propriile experiențe decât supunerea în fața directivelor terapeutului (Erickson și Rossi, 1980c). Se remarcă de asemenea și faptul că, în etapele timpurii ale activității sale, Milton Erickson petrecea mai mult timp cu soluționarea cazurilor sale, iar pe măsură ce a acumulat experiență, el a trecut la psihoterapia de scurtă durată, având chiar cazuri rezolvate într-o ședință unică de terapie (Lankton, 2010). Milton Erickson susținea că schimbarea terapeutică nu este rezultatul unor sugestii sau strategii terapeutice, ci al reașezării și reasocierii unor experiențe interioare. Printre strategiile terapeutice cel mai frecvent utilizate de Milton Erickson se numără: reetichetarea, sugestiile indirecte, confuzia, amnezia hipnotică structurată și tehnica imaginației dirijate aplicate în timpul transei.

Așa cum am mai arătat, unul dintre marile secrete ale succesului terapiei ericksoniene constă în faptul că terapeutul i se adresează clientului utilizând limbajul acestuia. Terapeutul utilizează, astfel,

elemente ale limbajului verbal al clientului, adresându-i-se acestuia în modalitatea senzorială dominantă de comunicare: vizuală, auditivă, kinestezică. În ceea ce priveşte copierea posturii sau a comportamentului clientului, se poate afirma că Milton Erickson utiliza tehnica „în oglindă" (copierea simetrică a posturii, mimicii, pantomimicii şi ritmului respirator) în anumite cazuri, fapt ce dovedeşte, în plus, flexibilitatea abordării ericksoniene.

De altfel, observaţiile clinice au evidenţiat faptul că Milton Erickson obişnuia să imite în mod simetric („în oglindă") postura şi comportamentul clienţilor care se încadrau în limitele normalităţii (imita cu extremă atenţie expresia feţei, mişcările membrelor, ritmul respirator, mişcările globilor oculari etc.). În cazul clienţilor care manifestă un comportament extrem, excesiv de rigid sau excesiv de haotic, terapeutul de orientare ericksoniană va fi sfătuit să utilizeze intrarea în rezonanţă cu caracter complementar, în loc de cea simetrică. În acest caz, la începutul terapiei, psihoterapeutul va trebui să adopte o atitudine care să sugereze că este dispus să accepte criticile clientului, ceea ce nu reprezintă altceva decât o altă faţetă a aplicării principiului ericksonian al utilizării.

Milton Erickson era de părere că hipnoza reprezintă o stare de conştiinţă în care creşte receptivitatea subiectului faţă de orice fel de idei (Erickson şi Rossi, 1981). Cu toate acestea, nu toţi discipolii lui Milton Erickson utilizează hipnoza clinică, unii dintre aceştia punând accent pe sarcinile terapeutice cu caracter strategic, pe instrucţiunile paradoxale, pe repetările în plan comportamental, pe interacţiunile structurate sau pe prescripţiile cu caracter direct.

Există numeroase posibilităţi de a include hipnoza în terapia ericksoniană, cea mai la îndemână fiind aceea de a încuraja intrarea spontană a clientului într-o stare modificată de conştiinţă. Milton Erickson afirma că transa hipnotică reprezintă o stare psihică primară care facilitează deschiderea şi receptivitatea faţă de idei de orice tip (Erickson şi Rossi, 1981, p. 4). Adesea, în cursul demersului terapeutic ericksonian se făcea apel la conversaţia uzuală, care nu semăna cu o transă clasică (Matthews, 1985b), ci mai curând cu o transă cotidiană. Hipnoza, indiferent de varianta în care era aplicată, dădea posibilitatea stimulării gândirii creatoare a clientului, a activării resurselor psihologice interne şi stărilor afective latente.

Aşa cum am subliniat mai sus, terapia ericksoniană utilizează frecvent inducţia hipnotică de tip conversaţional sau natural,

caracterizată prin aceea că, în timpul dialogului dintre client şi terapeut, sunt introduse treptat şi discret sugestii de concentrare a atenţiei spre interior, de tipul următor: *Poţi închide ochii acum... te laşi absorbit de trăirile şi gândurile tale, remarcând faptul că lucrurile care se petrec în afara ta îşi pierd treptat din importanţă pentru moment.* Lankton atrage de altfel atenţia că termenii de hipnoză şi transă nu trebuie utilizaţi neapărat în cadrul acestui proces (Lankton, 2010, p. 22).

Inducţia de tip natural, fără vreun element de forţare a clientului, pune în evidenţă faptul că hipnoza reprezintă o formă firească de comunicare, demitizând astfel demersul hipnotic învăluit încă (în mare măsură) într-o aură de mister. Inducţia naturală de tip conversaţional solicită abilităţi deosebite din partea terapeutului, dar are avantajul că reduce foarte mult rezistenţele clientului la terapie.

Prezentăm mai jos secvenţele pe care trebuie să le urmeze inducţia hipnotică specifică psihoterapiei ericksoniene (Lankton, 2010, p. 24).

1. *Orientarea clientului în direcţia transei.* În această etapă, terapeutul trebuie să se asigure că un anumit client este pregătit din punct de vedere fizic, emoţional şi cognitiv pentru a intra în transă.

2. *Fixarea atenţiei şi stabilirea raportului.* De cele mai multe ori atenţia clientului este focalizată asupra unei imagini, povestiri sau senzaţii corporale cum ar fi, de pildă, relaxarea.

3. *Realizarea descrierii dintre instanţele conştiente şi inconştiente* (Lankton şi Lankton, 2008). Se poate realiza prin utilizarea anecdotelor, metaforelor, confuziei, surprizei, suspansului, dar şi prin intermediul unor mesaje cu un anumit grad de ambiguitate.

4. *Evidenţierea prezenţei transei şi adâncirea acesteia.* Clientul va fi ajutat să realizeze faptul că se află în transă prin conştientizarea modificărilor tonusului muscular, a ritmului respirator, a tremorului pleoapelor sau a modificării coloraţiei tegumentelor. Adâncirea transei poate avea loc prin intermediul utilizării sugestiilor indirecte, al confuziei şi al instrucţiunilor cu caracter ambiguu.

5. *Utilizarea transei pentru a accesa şi a asocia experienţe interne.* Experienţele la care ne referim vor fi stabilite în urma interviului preliminar şi vor trebui să fie în acord cu obiectivele psihoterapiei. Se vor utiliza în acest scop strategiile menţionate mai sus: sugestii cu caracter indirect, anecdote, metafore, scenarii de imaginaţie dirijată. În finalul terapiei, clientul va fi ajutat să rearanjeze experienţele

accesate în cadrul unor noi sisteme de asociații care vor permite modificări în sfera afectivă, cognitivă, perceptivă și comportamentală.

6. *Reorientarea clientului către starea obișnuită de veghe.* Această reorientare poate fi rapidă sau graduală, se pot semnala unele fenomene de amnezie posthipnotică. De asemenea, pot fi administrate sugestii posthipnotice sau pot fi aplicate alte strategii specifice planului terapeutic.

Disocierea între instanțele conștiente și inconștiente se realizează prin sugestii de tipul următor (Lankton, 2010, p. 25):

Mentalul tău conștient va fi atent la ceea ce-ți voi spune, în timp ce mentalul inconștient va începe să acceseze acele idei care sunt importante pentru tine; Mentalul tău conștient va asculta ceea ce-ți voi spune, va sorta și analiza experiențele tale, în timp ce mentalul tău inconștient le va aborda global, dintr-o altă perspectivă; Mentalul tău conștient va urma o direcție de gândire, în timp ce mentalul tău inconștient va reacționa în mod simbolic sau va lua o altă direcție de gândire, total diferită, ce-ți va fi de folos.

După încheierea transei, clientului i se va sugera să continue procesul de rezolvare de probleme în care s-a angajat.

Un element important al psihoterapiei ericksoniene constă în utilizarea metaforelor terapeutice. Așa cum aminteam anterior, metafora terapeutică este o povestire cu conținut dramatic care captează atenția clientului și îl ajută să-și construiască un sistem de referință prin intermediul căruia acesta va putea trăi noi experiențe (Lankton, 2003; Lankton și Lankton, 2008). Metafora presupune existența unei comunicări ce are loc pe două niveluri, astfel încât mentalul conștient al clientului va comunica la un nivel, în timp ce mentalul inconștient va procesa informațiile la alt nivel. Demersul terapeutic se referă la blocarea informațiilor la nivel conștient și declanșarea unor procese interne de căutare inconștientă a unor noi soluții sau semnificații.

Prin intermediul utilizării metaforelor, terapeutul va putea atinge următoarele obiective (Zeig, 1980; Lankton, 2003):

— Reducerea rezistențelor clientului;

— Accentuarea sau ilustrarea unui anumit aspect important pentru client;

— Sugerarea unor posibile soluții pe care clientul nu le-a întrezărit până atunci;

— „Sădirea" unor idei la care terapeutul va putea să revină mai târziu în cursul demersului terapeutic;

— Redefinirea sau reetichetarea problemei clientului, problemă ce va putea fi privită de acesta într-un alt context, cu o nouă semnificație.

Pe măsură ce clientul se lasă absorbit de conținutul povestirii, mecanismele de apărare se dau la o parte și permit accesarea unor conținuturi psihice blocate până atunci. Astfel, clientul va reuși să-și reexamineze percepțiile, cognițiile, emoțiile și comportamentele dintr-o nouă perspectivă, de data aceasta mai constructivă. Acesta va accesa singur resursele sale experiențiale și nu le va interioriza ca pe niște elemente străine venite din afară, de la persoana investită cu autoritate (terapeutul). Mentalul conștient al clientului se va concentra asupra conținutului povestirii, în timp ce mentalul inconștient se va ocupa de accesarea resurselor latente alte acestuia în vederea descoperirii unor noi soluții și noi perspective de rezolvare a problemelor.

Metaforele simple sau izomorfe (Lankton, 2010, p. 22) pornesc de la anumite informații culese din istoria de viață a clientului.

Prezentăm mai jos un exemplu de astfel de metaforă simplă.

Clienta, Maria, o profesoară în vârstă de 38 de ani, și-a luat de curând carnetul de conducere auto. La o săptămână după acest eveniment ea s-a urcat la volan și a accidentat o fetiță, care și-a fracturat piciorul și a necesitat multe zile de spitalizare și recuperare. În urma acestui eveniment, Maria a dezvoltat o reacție depresiv-anxioasă, nu s-a mai urcat niciodată la volan, a abandonat activitatea de scriere a lucrării pentru obținerea gradului didactic I.

Metafora simplă ar putea îmbrăca și forma următoare: *O asistentă medicală începătoare care lucra la o secție de pediatrie a ieșit din salon și a vorbit la telefon cu prietenul său timp de 10 minute. La întoarcerea în salon, unul dintre copii s-a simțit foarte rău și a fost dus la terapie intensivă. Asistenta a fost șocată, s-a simțit vinovată de cele petrecute, și-a dat demisia și chiar a renunțat să-și caute alt serviciu. Mai trebuie consemnat că părinții ei erau în vârstă și aveau mare nevoie de sprijinul ei financiar. Prietenul ei, la care ținea foarte mult, a ajutat-o să realizeze faptul că, din fericire, nu s-a întâmplat nimic ireparabil și că viața trebuie să meargă înainte.*

Aceste metafore simple pot deschide calea unui mai bun dialog cu clientul în vederea descoperirii de soluții, ca de pildă: *Am avut un*

client care avea programare la mine dimineața. Pe culoarul policlinicii o persoană necunoscută i-a spus: caută-ți un loc de muncă și te vei simți mai bine (adaptat după Lankton, 2010, p. 29).

Valoarea terapeutică a metaforei constă mai ales în aceea că ea îi poate sugera clientului soluția la problema sa. În afara metaforelor simple, în terapia ericksoniană se utilizează și metaforele complexe, orientate spre obiectiv. Prezentăm mai jos structura unei astfel de metafore (adaptată după Lankton, 2010, p. 29).

1. Programul de schimbare atitudinală

Descrierea unui comportament sau mod de a vedea lucrurile specifice unui anume personaj pentru a ilustra o atitudine dezadapativă. Narațiunea este condusă astfel încât acea atitudine să apară într-o lumină pozitivă.

— Descrierea comportamentului sau modului de a vedea lucrurile ale unui alt personaj pentru a ilustra o atitudine cu caracter adaptativ (obiectivul terapeutic). Narațiunea este condusă astfel încât această atitudine să pară negativă sau indezirabilă.

— Prezentarea unui final neașteptat al povestirii care să reprezinte consecințele atitudinilor ambilor protagoniști. Construcția scenariului trebuie realizată astfel încât beneficiile celui de-al doilea personaj să aibă o anumită relevanță pentru clientul care ascultă povestirea.

2. Programul referitor la emoții și sentimente

— Stabilirea unei relații între protagonist și o anumită persoană, loc sau situație care trezesc o reacție de tip emoțional (teamă, dragoste, tristețe etc.).

— Prezentarea unor elemente dinamice în relația dintre protagonist și persoană sau situație (apropiere, depărtare, ignorare, abordare directă etc.).

— Focalizarea asupra unor modificări fiziologice specifice stărilor emoționale ale protagonistului (terapeutul trebuie să fie atent ca aceste reacții să se suprapună peste cele ale clientului).

3. Programul de modificare comportamentală

— Evidențierea unui comportament observabil al protagonistului, comportament care să fie similar cu cel care trebuie construit la client. Se va realiza o listă cuprinzând câteva comportamente specifice.

— Evidențierea unor comportamente discrete ale protagonistului, care sunt congruente cu cele observabile.

— Structurarea scenariului astfel încât să rezulte repetarea de cel puțin trei ori a comportamentelor descrise mai sus.

4. Programul referitor la imaginea de sine

Construirea imaginii de sine centrale a eroului:

— descrierea eroului sau protagonistului care se caracterizează pe sine într-un anumit fel;

— descrierea modului în care protagonistul retrăiește anumite experiențe sau face apel la unele dintre calitățile sale dezirabile (este vorba de resursele care au fost accesate anterior în cursul terapiei);

— descrierea manierei în care anumite aspecte ale imaginii de sine influențează comportamentul;

— utilizarea unei secvențe a povestirii în care protagonistul să-și reprezinte imaginea de sine ca pe un calculator care poate fi programat, astfel încât să trăiască diverse experiențe pozitive nonanxiogene, care să aibă la bază activarea resurselor pozitive specifice imaginii de sine pozitive.

Caracterul ambiguu al povestirilor metaforice îl determină pe client să identifice propriile semnificații în cadrul acesteia, fapt ce sporește deschiderea și complianța la psihoterapie, reducând rezistențele. Astfel, metaforele conduc la descoperirea relevanței demersului terapeutic pentru client, implicându-l mai activ în demersul către schimbare.

Așa cum aminteam, unul dintre punctele forte ale psihoterapiei și hipnozei ericksoniene o reprezintă utilizarea sugestiilor cu caracter indirect. Pentru a ilustra mai bine maniera în care funcționează sugestiile indirecte, prezentăm mai jos câteva exemple (adaptate după Lankton, 2010, pp. 33–34)

Inducerea relaxării

- Sugestii directe: *Stați într-o poziție comodă și relaxați tot corpul. Eliminați orice încordare din mușchii brațelor, lăsând brațele să se relaxeze tot mai mult și mai mult... eliminați tensiunea din zona umerilor care devin tot mai relaxați, din ce în ce mai relaxați... eliminați orice încordare din zona spatelui, toracelui, abdomenului... toți mușchii devin tot mai destinși, tot mai relaxați... relaxați mușchii picioarelor, care devin tot mai relaxate din ce în ce mai relaxate... întregul corp se relaxează tot mai mult, și mai mult...*
- Sugestii indirecte: *Mă întreb dacă vă amintiți senzația pe care o aveți după o zi plină de activități fizice în care ați avut multe*

lucruri de făcut, v-ați îndeplinit toate obiectivele și acum puteți să lăsați totul deoparte și să dormiți puțin. Fiecare om a trăit o astfel de experiență, când mintea conștientă nu mai realizează maniera în care mintea inconștientă aduce o stare specială în care toate funcțiile par să se fi încetinit pentru a lăsa organismul să se refacă... așa cum un om este pregătit pentru somn, se întinde în pat și simte răcoarea plăcută a cearșafurilor curate și mătăsoase... fiecare om a cunoscut această senzație plăcută de confort, de liniște și pace interioară...

Sugestii de închidere a ochilor

- Sugestii directe: *Acum pleoapele dumneavoastră vor deveni tot mai grele, din ce în ce mai grele... tot mai grele... atât de grele, încât vă este imposibil să deschideți ochii... pleoape grele... închideți ochii acum, închideți ochii.*
- Sugestii indirecte: *Mă întreb în ce situații mușchii feței dumneavoastră se vor relaxa... se vor relaxa atât de mult încât nu vor mai putea să țină ochii deschiși? Mușchii feței vor deveni atât de relaxați, atât de relaxați, încât vă va fi tot mai greu să priviți... și poate mentalul dumneavoastră conștient se va întreba când va decide mentalul inconștient să închidă ochii... sau poate mentalul conștient va decide ca dumneavoastră să închideți ochii, astfel încât mentalul inconștient să se poată ocupa de tot felul de alte lucruri.*

Utilizarea comunicării cu caracter indirect poate avea următoarele efecte terapeutice (Lankton, 2010, p. 33):

— Scoate în evidență un anumit aspect care îi scapă clientului;

— Sugerează soluții pe care clientul nu le-a întrevăzut;

— Reduce nivelul rezistențelor de natură conștientă;

— Redefinește problema clientului, care va putea fi privită dintr-o altă perspectivă;

— Contribuie la reasocierea unor conținuturi psihice de natură emoțională, cognitivă, perceptivă și comportamentală.

La fel ca în cazul metaforelor, sugestiile indirecte îl ajută pe client să acorde noi semnificații cuvintelor. Astfel, clientul va descoperi noi răspunsuri în urma experiențelor proprii și nu va mai fi obligat să se conformeze prescripțiilor terapeutului.

Sugestiile indirecte pot îmbrăca mai multe forme (după Lankton, 2010, p. 34).

• Sugestii cu caracter deschis, care pot avea următoarea formă:

— *Oricine poate găsi o modalitate de a stoca informaţiile importante.* În acest caz mesajul transmis este: „Notează aceste date". Mesajul de acest tip are un caracter permisiv, neautoritar, terapeutul evitând să-i spună clientului ce anume trebuie să facă.

— *Faptul că ţii ochii deschişi te va ajuta să rămâi încordat.* Din această sugestie rezultă în mod evident faptul că, dacă subiectul închide ochii, el se va relaxa.

• Întrebările sau afirmaţiile care focalizează atenţia asupra stării de conştiinţă:

— *Mă întreb dacă vei intra curând în stare de relaxare;*

— *Mă întreb dacă ţi-ai dat seama cât de destins şi confortabil te simţi;*

— *Cum ai observat cât de relaxat eşti în acest moment?*

• Truismele reprezintă afirmaţii care exprimă adevăruri comune, ce nu pot fi negate, şi îmbracă forma:

— *Toţi oamenii au felul lor propriu de a se relaxa;*

— *Toţi copiii îşi folosesc imaginaţia pentru a se simţi mai bine.*

• Oferirea mai multor alternative de a reacţiona:

— *Poţi să relaxezi corpul pornind de la cap către picioare sau de la picioare către cap, poţi relaxa progresiv musculatura sau poate corpul tău se va relaxa dintr-odată sau pe nesimţite...*

Astfel de sugestii au menirea de a-i demonstra clientului faptul că există mai multe căi de a atinge un obiectiv, el având posibilitatea de a alege acea experienţă pe care doreşte să o trăiască.

• Accentuarea situaţiei opuse obiectivului urmărit:

Cu cât simţi o tensiune şi o încordare mai mare în tot corpul tău, cu atât te vei relaxa mai profund.

• Capcanele psihologice:

Clientului i se prezintă două variante egale din punctul de vedere al atingerii scopului urmărit: *Doreşti să intri în transă acum sau peste 10 minute?*

• Disocierea conştient-inconştient:

Mentalul tău conştient se relaxează, în timp ce mentalul tău inconştient caută acele informaţii pe care crezi că le-a uitat.

• Dubla disociere între instanţele conştiente şi cele inconştiente.

Astfel, dacă obiectivul terapeutic este ca un anumit client să facă faţă în bune condiţii unui interviu de angajare, sugestiile ar putea îmbrăca următoarea formă: *Mentalul tău conştient se va simţi*

relaxat şi în deplină siguranţă, în timp ce mentalul inconştient va repeta maniera în care te vei comporta la interviu, ori poate mentalul tău conştient va face aceasta, în timp ce mentalul inconştient se va simţi destins şi relaxat.

Prezentăm mai jos un model de inducţie hipnotică în care se utilizează sugestiile indirecte (adaptat după Lankton, 2010, p. 39): *„Eu nu ştiu dacă tu ai mai fost vreodată într-o stare de transă. După ce vei reveni din aceea stare vom discuta despre asta. Poţi să intri în transă în felul tău propriu. Fiecare om intră în transă într-un mod unic, specific pentru el.*

Aşază-te comod, cu picioarele uşor depărtate şi braţele pe coapse. Putem începe. Vei intra într-o stare modificată de conştiinţă propice învăţării sau poate vei atinge o transă profundă, adâncă. Poţi să realizezi acest lucru rapid sau imediat sau poţi intra în transă, reveni şi intra din nou în acea stare plăcută, odihnitoare, sau poate vei atinge treptat o stare de transă profundă sau medie, sau poate nu vei simţi nimic din toate acestea. Poţi intra în transă cu ochii închişi sau deschişi. Dar poate este mai bine să-i închizi acum. Lasă mentalul tău conştient să se întrebe care va fi primul lucru pe care îl va realiza mentalul tău inconştient pe măsură ce atenţia ta se îndreaptă către interior... Te întrebi poate dacă nu vei intra într-o stare şi mai profundă. Vei descoperi că mentalul tău conştient poate afla unele lucruri importante pentru tine, în timp ce mentalul inconştient se orientează către interiorul fiinţei tale sau, dimpotrivă, poate mentalul conştient va focaliza atenţia spre interior, permiţând mentalului tău inconştient să descopere lucruri semnificative pentru tine. Fiecare fiinţă omenească are capacitatea de a accesa acele experienţe care sunt importante pentru ea. Cu cât vei petrece mai mult timp în stare de confuzie, întrebându-te ce trebuie să faci, cu atât mai rapid vei găsi direcţia potrivită pe care să mergi. Acordă-ţi timp pentru a accesa acele amintiri când te-ai simţit mai puternic, mai încrezător în tine şi caută să le retrăieşti acum, să te simţi ca atunci... Mintea umană are capacitatea extraordinară de a aplica vechile experienţe învăţate la situaţii noi, de a le folosi într-un mod util şi constructiv."

În hipnoterapia de orientare ericksoniană, fiecare scenariu de inducţie şi procesare terapeutică trebuie să aibă un caracter individualizat.

La finalul acestui capitol, redăm o sinteză a principiilor ericksoniene aşa cum a fost ea prezentată de Lankton în 2008.

1. Abordarea clientului în limbajul său specific

Milton Erickson obişnuia să observe cu atenţie şi apoi să intre în rezonanţă cu limbajul verbal şi nonverbal al clientului. Aceasta înseamnă copierea mimicii, pantomimicii, a posturii, a ritmului respirator şi a sistemului de reprezentări în care procesează clientul informaţiile (vizual, auditiv sau kinestezic). Termenul englezesc utilizat este *peacing*. Odată intrat în rezonanţă cu acesta, terapeutul îl va ghida (*leading*) în direcţia obţinerii modificărilor în plan comportamental, emoţional şi cognitiv, modificări care reprezintă obiectivele psihoterapiei.

2. Abordarea nepatologică a clientului

Maniera de abordare ericksoniană contribuie la înlăturarea stigmatului de bolnav psihic care este pus clientului de către psihiatri şi specialişti în sănătate mentală în general. Accentul nu este pus pe tulburarea psihică sau pe simptome, ci pe resursele adaptative personale şi interpersonale de care dispune clientul.

3. Conceptualizarea simptomelor ca individuale şi având conotaţie pozitivă

Milton Erickson era de părere că simptomele reprezintă modalităţi de comunicare şi, totodată, paşii în cadrul procesului de conştientizare a clientului (Erickson şi Rossi, 1979, p. 143). În acelaşi timp, fiecare client era abordat de către terapeut ca un caz unic. Din acest motiv, Milton Erickson nu se baza pe o anumită teorie asupra personalităţii şi nu se referea la aşa-numitele aspecte ascunse şi întunecate ale acesteia (ca de pildă „principiul Thanatosului", „Supraeul", „umbra" sau instanţa personalităţii denumită „mama cea rea").

În psihoterapia ericksoniană, toate comportamentele, cogniţiile, stările afective sau percepţiile erau abordate într-o manieră pozitivă, ca fiind resurse adaptative ale clientului. Această modalitate de înţelegere a simptomelor stă la baza strategiilor terapeutice ale reetichetării şi utilizării.

4. Caracterul strategic al terapiei

Psihoterapia de orientare ericksoniană reprezintă un demers cu caracter activ şi directiv. Terapeutul este cel care conduce, controlează şi planifică riguros ceea ce se întâmplă în timpul terapiei.

5. Terapia este orientată spre soluţie

Clientul este orientat să parcurgă drumul de la starea problematică spre starea de sănătate şi adaptare eficientă la mediu. Se acordă mai puţină atenţie problemelor trecute ale clientului, accentul fiind pus asupra obiectivelor ce trebuie atinse în viitor.

Deoarece terapia îşi propune să îl ajute pe client să îşi descopere resursele adaptative de care are nevoie, analiza excesivă a conflictelor şi psihotraumelor trecute ar avea un caracter contraproductiv. Nu se urmăreşte obţinerea unui insight, a modificărilor unor cogniţii sau aspecte imaginative în sine, ci o reorganizare a experienţelor clientului în direcţia sănătăţii şi eficienţei.

6. Orientarea sistemică

Milton Erickson nu obişnuia să abordeze clientul ca entitate izolată, ci în cadrul sistemului familial din care acesta făcea parte. Atunci când se ocupa, de pildă, de problemele unui copil, terapeutul era conştient de faptul că repercusiunile intervenţiei sale vor avea efecte asupra întregii familii.

7. Utilizarea ambiguităţii

Aspectul poate cel mai neobişnuit în cadrul abordării ericksoniene se referă la utilizarea în scop terapeutic a diferitelor forme de ambiguitate, care reprezintă de fapt modalităţi indirecte de sugestie. Se face apel la strategia bazată pe confuzie, la aşa-numitele „capcane psihologice", la utilizarea sugestiilor indirecte, a metaforelor terapeutice şi a umorului. Aceste metode contribuie la stimularea gândirii creative a clientului, care-l determină pe acesta să găsească soluţii la problemele sale.

8. Prescripţiile cu caracter psihoterapeutic

În afară de tehnicile cu caracter verbal, Erickson utiliza o serie de sarcini sau prescripţii terapeutice care-i solicitau clientul să realizeze anumite acţiuni în afara cabinetului de psihoterapie, sub forma sarcinilor sau temelor pentru acasă, sarcini care aveau menirea să stimuleze activismul clientului. În opinia autorului, insightul poate asigura doar o înţelegere de natură cognitivă, care nu este neapărat urmată de o acţiune în plan comportamental, ci dimpotrivă, acţiunea este cea care generează insightul.

9. Principiul utilizării

Reprezintă elementul cel mai important al demersului psihoterapeutic ericksonian şi se referă la faptul că, în loc să inhibe anumite tipuri de comportamente, terapeutul va folosi în avantajul psihoterapiei tot ce face sau spune clientul la un moment dat. Astfel, de pildă, unui client care afirma că nu poate sta liniştit, nici aşezat, nici culcat, hipnoza i-a fost indusă în timp ce se plimba prin cabinet. Clientului i s-a solicitat să coopereze în timp ce se deplasa, iar de fiecare dată când trecea pe lângă fotoliu, terapeutul comenta: „Ar fi

foarte bine să te aşezi şi să te relaxezi confortabil, dar dacă nu poţi să realizezi acest lucru, continuă să te mişti prin încăpere". În cele din urmă, clientul s-a aşezat comod şi hipnoza a putut fi indusă.

10. Observarea atentă a comportamentului clientului

Aşa cum am subliniat mai sus, Milton Erickson era un fin observator al comportamentului verbal şi nonverbal al clientului, elemente ale acestuia stând la baza diagnozei şi intervenţiei terapeutice.

Lankton (2008) descrie în detaliu principalele strategii ale abordării hipnoterapeutice de tip ericksonian.

• Stabilirea alianţei terapeutice adecvate cu fiecare client în parte

Presupune înţelegerea situaţiei specifice a fiecărui client, stabilierea raportului şi trăirea experienţelor psihologice din perspectiva acestuia. În mod concret, terapeutul va procesa în felul următor:

— se va poziţiona, după caz, în mod simetric sau complementar în raport cu clientul (se referă la postură, mimică, pantomimică, ritm respirator);

— va răspunde pe cât posibil tuturor mesajelor verbale şi nonverbale ale clientului;

— va răspunde utilizând acelaşi sistem de prelucrare a informaţiei în care i se adresează clientul (vizual, auditiv, kinestezic);

— va comunica în modul specific în care comunică subiectul;

— se va adresa în limbajul experienţial al clientului;

— va „vedea", „auzi" şi „simţi" lumea în acelaşi mod în care o face clientul său.

Toate aceste elemente presupun minimalizarea rolului hipnoterapeutului şi extinderea rolului clientului (Erickson, 1997).

• Reducerea rezistenţelor la psihoterapie presupune:

— intrarea în rezonanţă cu clientul;

— respectarea ritmului şi dinamicii procesării psihice specifice clientului;

— ştergerea demarcaţiilor dintre intrarea în rezonanţă şi ghidarea clientului în direcţia dorită;

— introducerea schimbărilor terapeutice doar atunci când clientul este pregătit şi în ritmul acceptat de acesta.

• Utilizarea eforturilor, energiilor şi comportamentului clientului implică:

— acceptarea cu satisfacţii şi deschidere fără a opune rezistenţe la tot ceea ce oferă clientul;

— folosirea energiei clientului prin intermediul unei ghidări cu caracter discret;

— solicitarea continuării comportamentului problematic şi chiar solicitarea ca subiectul să realizeze şi mai mult din ceea ce făcea la momentul respectiv;

— introducerea unui control sau ghidaj minimal în ceea ce priveşte exprimarea sau comportamentul clientului;

— permisiunea acordată clientului de a extinde eforturile şi energia rezultate în urma conflictelor şi încercărilor ineficiente de rezolvare a problemelor, până când se va ajunge la epuizarea acestora.

• Utilizarea ambiguităţii şi asigurarea caracterului individual al intervenţiei terapeutice

Acestea reprezintă strategii terapeutice care facilitează trăirea unor noi experienţe de către client, asigurând:

— căutarea şi trăirea unor noi experienţe psihologice;

— crearea condiţiilor pentru activarea gândirii creatoare a clientului;

— personalizarea procesului terapeutic de învăţare;

— identificarea unor noi soluţii la problemele clientului.

Strategiile menţionate presupun utilizarea metaforelor şi povestirilor cu caracter terapeutic, a anecdotelor, a confuziei în plan verbal şi a sugestiilor indirecte.

• Reetichetarea permite stimularea înţelegerii cognitive şi experienţiale şi implică:

— conferirea unei semnificaţii pozitive simptomului;

— descoperirea unor noi semnificaţii, unor situaţii sau probleme;

— abordarea acestora dintr-o altă perspectivă;

— maximizarea sau minimizarea dimensiunilor unor probleme-simptom;

— modificarea situaţiei experienţiale, astfel încât aceasta să devină mai importantă sau mai puţin importantă, mai amplă sau mai redusă ca dimensiuni, mai dură sau, dimpotrivă, mai uşor de suportat.

• Asigurarea unei eficienţe maxime a intervenţiei terapeutice:

— demersul terapeutic va ţine seama de nevoile şi abilităţile individuale ale fiecărui client în parte;

— asigurarea înţelegerii de către client a fiecărei situaţii sau resurse care a fost reetichetată;

— acordarea de credite clientului, pentru ca acesta să facă eforturi în direcţia atingerii obiectivelor terapeutice;

— identificarea momentelor potrivite din cursul psihoterapiei, când clientul trebuie lăsat să se descurce singur;

— adoptarea unei decizii corecte cu privire la momentul încheierii terapiei.

Tehnicile terapeutice propriu-zise implică stabilirea unor contracte iniţiale cu clientul, modificarea respectivelor contracte pe parcursul psihoterapiei, acordarea permisiunii clientului de a realiza singur un insight cu privire la progresele obţinute în cursul terapiei, învăţarea din experienţa clientului, negocierea obiectivelor terapiei, administrarea unor sugestii posthipnotice, programarea unor expectaţii pozitive referitoare la obiectivele terapiei şi utilizarea tehnicilor de imaginaţie dirijată cu conţinut creativ.

Abordarea terapeutică cognitiv-comportamentală a simptomatologiei depresive şi a manifestărilor somatoforme

Studiu de caz (psihoterapie individuală)

Lorena, ingineră în vârstă de 35 de ani, este soţia unui om de afaceri şi mama unei fetiţe în vârstă de 5 ani. Ea a abandonat serviciul pentru creşterea copilului. Clienta dă o serie de amănunte despre istoria sa personală, din care reiese că ea provine dintr-o familie în care este cel de-al doilea copil, având un frate mai mare.

Clienta a lucrat până la naşterea fetiţei într-o companie multinaţională. Părinţii trăiesc, dar odată cu pensionarea s-au retras undeva la ţară, la aproximativ 50 de kilometri de Bucureşti. Clienta povesteşte că, din cauza distanţei, nu îi vizitează prea des, cu toate că au o relaţie bună.

Clienta se prezintă la cabinetul de psihoterapie cu o problematică destul de diversificată şi complexă:

1) atacuri de panică declanşate în urmă cu doi ani, când fetiţa sa s-a îmbolnăvit şi Lorena a fost nevoită să o ducă noaptea singură la spital, soţul fiind într-o călătorie de afaceri în acea perioadă. Atacurile de panică au devenit mult mai dese în ultimul timp, în ultimul an, simptomatologia cuprinzând de la ameţeli, transpiraţii

reci, tahicardie, tremorul extremităţilor, până la senzaţia de leşin. Gândurile negative comunicate de clientă în acest sens aveau următoarea formă: „Voi cădea, voi leşina, voi face un infarct şi voi muri".

2) depresie moderată. Clienta se simte permanent obosită, fără vlagă, având o dispoziţie tristă, cu idei de inutilitate, autodevalorizare şi cu un conţinut hipocondriac.

3) insomnii mixte de adormire şi trezire, somn neodihnitor şi coşmaruri.

4) dureri psihogene în special în zona coloanei vertebrale, deşi investigaţiile clinice de specialitate nu au evidenţiat nicio cauză organică.

5) probleme de cuplu. Cei doi soţi nu se mai înţeleg bine, nu mai au relaţii intime, iar soţul a început să sufere şi el atacuri de panică în momentul în care a avut nişte probleme financiare la firmă. El a refuzat însă să vină la psihoterapie, tratându-se cu Xanax, prescris de un medic psihiatru.

În cadrul interviului clinic din prima şedinţă, Lorena a fost cooperantă, dar şi-a prezentat problemele într-o manieră uşor haotică, lăsând impresia că nu-i este clar ce doreşte să se înâmple în cadrul demersului terapeutic. Cu toate acestea, a fost stabilită o listă de probleme împreună cu clienta, aşa cum a fost ea prezentată anterior.

Începând cu cea de-a doua şedinţă de psihoterapie, clienta şi-a însuşit o tehnică simplă de relaxare la care a reacţionat încă din cabinet foarte bine. În stare de relaxare i-a fost adresată întrebarea propusă de De Shazer: „Dacă peste noapte s-ar întâmpla un miracol şi problema ta ar dispărea, cum ar arăta viaţa ta atunci sau ce ai putea să faci atunci şi nu faci acum?" În mod surprinzător, clienta nu s-a referit direct la simptomele atacurilor de panică, la depresie, insomnie sau dureri, ci a răspuns că ar dori să nu mai fie casnică, să lucreze şi să aibă succes în ceea ce face. De asemenea, Lorena a mai specificat că dorinţa ei este să se apuce de pictură. După o mică ezitare, a adăugat că ar dori să se înţeleagă mai bine cu soţul.

Pornind de la aceste informaţii, s-a trecut la conceptualizarea cazului şi au fost stabilite împreună cu clienta principalele obiective ale demersului terapeutic. Din perspectivă etiologică, putem spune că atacurile de panică s-au declanşat în contextul îmbolnăvirii fetiţei şi având legătură cu absenţa soţului într-un astfel de moment. Atacurile de panică s-au intensificat în ultimul an, pe fondul apariţiei

unor probleme legate de reîntoarcerea clientei la serviciu, dar şi a unei aparente izolări de soţ, plecând de la lipsa intimităţii de cuplu.

Examinarea cogniţiilor şi comportamentelor actuale: atacuri de panică la care sunt asociate distorsiuni cognitive de tipul gândirii catastrofice: „Voi cădea, voi leşina, voi face un infarct şi voi muri". Examinarea longitudinală a cogniţiilor şi comportamentelor arată prezenţa unor cogniţii disfuncţionale: „Mă simt obosită, nu sunt bună de nimic."; „Ceea ce fac eu nu are importanţă"; „Mai bine nu plec din casă, să nu se întâmple ceva rău cu copilul".

Comportamente declanşate: atacuri de panică, stare depresivă moderată, insomnii, comportamente de evitare.

Aspecte pozitive întâlnite la clientă: motivaţia foarte ridicată de a participa la un demers terapeutic şi dorinţa de a-şi rezolva problemele.

În cadrul demersului terapeutic, planul terapeutic a cuprins aplicarea următoarelor strategii terapeutice:

- Strategii cognitiv-comportamentale: identificarea, combaterea şi înlocuirea gândurilor şi convingerilor disfuncţionale negative;
- Strategii specifice hipnozei clinice: relaxarea şi hipnoza cu sugestii de întărire a eului, dar şi sugestii specifice, centrate pe simptom, utilizându-se tehnica respiraţiei controlate pentru prevenirea şi stoparea atacurilor de panică;
- Autohipnoza, în cadrul căreia s-a aplicat antrenamentul mental şi tehnica metaforelor terapeutice. Una dintre metaforele utilizate a fost aceea a unui tren uitat undeva pe o linie secundară, ale cărui roţi şi motor nu mai funcţionează cum trebuie pentru că trenul nu se deplasează în direcţia dorită;
- Tehnica intervenţiei paradoxale a fost utilizată pentru insomnii;
- Relaxarea şi substituţia de simptom au fost utilizate pentru durerile psihogene;
- Gândurile şi convingerile alternative realiste au constituit baza sugestiilor hipnotice şi posthipnotice;
- Pentru ameliorarea relaţiei de cuplu, i s-a prescris clientei ca sarcină pentru acasă să observe (monitorizeze) situaţiile în care lucrurile merg ceva mai bine între ea şi partenerul

său şi „să facă mai mult din ceea ce face atunci" (tehnica încurajării comportamentelor care fac excepţie de la regulă).

Demersul terapeutic s-a desfăşurat pe parcursul a 18 şedinţe, dintre care primele 12 au avut o frecvenţă săptămânală, următoarele cinci fiind bilunare, iar ultima având loc la un interval de o lună de zile.

Cu toate că simptomatologia clientei era destul de complexă, psihoterapia a fost cuantificată la final ca având succes, datorită motivaţiei, tenacităţii, inteligenţei şi creativităţii clientei. Astfel, atacurile de panică au dispărut aproape total (Lorena a mai avut un atac de panică la aflarea veştii decesului în accident a unei prietene, dar a reuşit să îl controleze), iar dispoziţia s-a ameliorat simţitor.

Clienta a reuşit să scape de insomnii, dormind regulat aproximativ şapte ore pe noapte, iar durerile de coloană vertebrală s-au redus, astfel încât Lorena a reînceput chiar să practice gimnastica Pilates.

Clienta a reuşit să-şi convingă soţul să o lase să lucreze la firma unor prieteni şi să se înscrie la un curs de pictură. Relaţiile dintre cei doi s-au îmbunătăţit, cu toate că soţul Lorenei a continuat să mai aibă uneori atacuri de panică, pe care le trata cu ajutorul tranchilizantelor.

Abordarea terapeutică cognitiv-comportamentală a disfuncţiilor sexuale

Studiu de caz (psihoterapie individuală)

În ceea ce priveşte studiul comportamentului sexual, lucrările de specialitate constituie o reflectare a timpului şi mediului social şi denotă interdisciplinaritatea ştiinţelor care se preocupă de acest subiect. Este de reţinut faptul că, după Freud (1912, 1925), care a propus o viziune asupra conflictelor din sfera sexualităţii, lucrările lui Kinsey (1946), Masters şi Johnson (1970) au deschis ulterior calea spre studiul sexualităţii umane, spre psihoterapia tulburărilor sexuale (Bancroft,1999).

Primele descrieri ale metodelor terapeutice au avut un caracter eclectic, fără a se baza pe un model teoretic unitar. Din acest motiv, metodele şi tehnicile recomandate aveau un caracter predominant

comportamentalist, membrii cuplului fiind instruiţi să urmeze îndeaproape anumiţi paşi care presupuneau sarcini concrete de rezolvat. Terapeuţii interesaţi de problemele sexuale au ajuns la concluzia că, deşi programele propuse de Masters şi Johnson (1970) s-au dovedit în mare măsură utile, din cadrul lor lipseau anumite metode menite să-i ajute pe membrii cuplului să depăşească unele blocaje care împiedicau realizarea comportamentelor prescrise.

Faptul că terapiile sexuale aveau o bază empirică a atras specialişti de diverse orientări teoretice, care au încercat să umple golul existent. Astfel, Kaplan (1974), deşi a recunoscut meritele programelor propuse de Masters şi Johnson, le-a adăugat modele explicative fundamentate psihanalitic. Bancroft (1989), la rândul său, a inclus anumite strategii de orientare cognitivă, inspirate din tehnicile de rezolvare a conflictelor.

Hawton (1989) propunea o abordare cognitiv-comportamentală a tulburărilor sexuale, insistând asupra necesităţii combinării unor strategii cognitive cu programe de tip comportamental. Acelaşi autor împreună cu colaboratorii săi Lang şi Rachman (Hawton *et al.*, 1989) au ajuns în cele din urmă la concluzia că, în domeniul terapiilor sexuale, problemele psihologice trebuie conceptualizate în termenii a trei sisteme aflate în interacţiune: comportamental, cognitiv şi fiziologic.

Deşi iniţial foarte optimişti, terapeuţii interesaţi de problematica tulburărilor sexuale au ajuns la concluzia că prognosticul acestor afecţiuni este foarte diferit de la un individ la altul, rezultatele tratamentului pe termen lung fiind dificil de evaluat. Bancroft (1999) consideră că mecanismele psihofiziologice care contribuie la activarea sau inhibarea comportamentelor sexuale sunt încă insuficient elucidate. Un element care trebuie avut în vedere în abordarea acestei problematici ţine şi de aspectele legate de anxietatea şi depresia care însoţesc frecvent aceste tulburări.

În abordarea terapeutică cognitiv-comportamentală a disfuncţiilor sexuale, elementul principal constă în aceea că celor doi parteneri li se cere să ducă la îndeplinire o serie de comportamente specifice, sub forma unor teme pentru acasă. Acestea presupun iniţial o serie de atingeri corporale reciproce, la început nongenitale şi care merg progresiv către atingeri ale organelor genitale şi chiar contacte sexuale, pe măsură ce obstacolele ce stau în calea îndeplinirii acestor sarcini sunt depăşite.

Sarcinile în plan comportamental presupun programe cu caracter gradat, care în unele cazuri sunt suficiente pentru a crea cuplului interacţiuni erotice agreabile, conducând la desensibilizare şi reducerea anxietăţii legate de performanţa sexuală, drept rezultat al permisiunii pe care o dă terapeutul partenerilor să exploreze comportamente alternative. Aceste programe conduc, de asemenea, la identificarea blocajelor de natură intrapsihică şi interpersonală, blocaje ce împiedică realizarea unor contacte sexuale normale. Odată dezvăluite, aceste blocaje pot fi depăşite în urma unor demersuri terapeutice eficiente.

Demersul terapeutic include următoarele strategii:

1. Ameliorarea comunicării şi înţelegerii mutuale între membrii cuplului: se realizează prin negocierea unor programe comportamentale în cadrul cărora fiecare partener caută metode pentru a produce satisfacţie celuilalt şi, în acelaşi timp, afirmă clar care sunt comportamentele celuilalt, pe care le consideră dezagreabile sau ameninţătoare, contribuind astfel substanţial la dezvoltarea înţelegerii mutuale.

2. Învăţarea unor noi metode de management al conflictelor: terapeutul va sprijini cuplul să identifice modelele dezadaptative de comportament şi să gestioneze rezolvarea conflictelor care se manifestă în cursul relaţiei.

Membrii cuplului îşi vor însuşi modele alternative şi adaptative de management al conflictelor. Deosebit de importantă este favorizarea demersului terapeutic în direcţia modalităţilor în care fiecare membru al cuplului gestionează mânia, furia sau alte stări afective cu conţinut negativ.

Strategiile propriu-zise conţin o combinaţie de tehnici educaţionale şi comportamentale, în cadrul cărora feedbackurile terapeutului joacă un rol esenţial. Aceste strategii s-au dovedit utile nu numai în domeniul tulburărilor sexuale, ci şi în terapia maritală în general.

3. Restructurarea cognitivă a semnificaţiilor comportamentului sexual: un aspect important al terapiei sexuale, mai ales atunci când programele comportamentale ajung în sfera atingerilor genitale, îl reprezintă evaluările şi reevaluările semnificaţiei fiecărui gest sau răspuns sexual. În unele cazuri, semnificaţia negativă a anumitor comportamente sexuale este achiziţionată încă din copilărie şi continuă să blocheze relaţiile sexuale la vârsta adultă.

Prin modificarea acestor semnificaţii, impactul emoţional al comportamentelor respective se modifică şi ele încetează să mai exercite o influenţă negativă asupra interacţiunilor realizate la vârsta adultă. Astfel, în urma dezaprobării parentale din copilărie, o femeie poate dezvolta convingerea că orice stimulare genitală directă este inacceptabilă şi îi produce sentimente de culpabilitate. De asemenea, o altă femeie, care a suferit un abuz sexual în copilărie, poate dezvolta sentimente de culpabilitate la trăirea oricăror experienţe sexuale agreabile, fapt ce va conduce la inhibarea activării sexuale.

Odată cu reevaluarea şi reatribuirea unei noi semnificaţii comportamentelor sexuale, partenera va reuşi să privească interacţiunile cu partenerul într-o manieră matură, specifică vârstei adulte, fără încărcătură emoţională negativă.

4. Modificarea directă a răspunsurilor sexuale: se realizează pe baza principiilor învăţării şi se adresează direct fiecărui tip specific de tulburare sexuală.

Natura disfuncţiilor sexuale

O definiţie corectă a disfuncţiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a tiparelor sexuale ale interesului şi răspunsului. Disfuncţiile sexuale se delimitează de deviaţiile sexuale, care reprezintă comportamente ce se deosebesc sub aspect calitativ de comportamentele sexuale normale şi sunt nocive pentru alţi oameni. Această definiţie nu este pe deplin satisfăcătoare, pentru că, pe de o parte, este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte, un comportament sexual calificat drept disfuncţional depinde de mai mulţi factori şi de faptul dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectaţii pot fi influenţate de părerea prietenilor, de mass-media sau opinia unor medici (Hawton, 1989).

Nu a fost elaborată până acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncţiilor sexuale. În general se acceptă drept criterii interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul şi gradul de satisfacţie generală. Alţi factori care trebuie luaţi în considerare sunt perioada de debut şi gradul de extensiune a tulburării.

Termenii tulburare primară şi tulburare secundară se referă la faptul că tulburarea a fost prezentă de la începerea activităţii sexuale sau a intervenit după o perioadă de funcţionare sexuală satisfăcătoare.

Termenii total şi situaţional se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situaţiile sau doar în unele dintre ele (sex adecvat cu partenerul obişnuit, dar nu şi cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbării etc.). În cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variaţii; astfel, în cazul tulburării de erecţie, există bărbaţi care realizează erecţia cu partenera, dar o pierd în timpul actului sexual, bărbaţi care obţin doar o erecţie parţială, bărbaţi care obţin erecţia doar când sunt singuri (în timpul masturbării) şi bărbaţi care nu au erecţie în niciun fel de situaţie.

Lipsa satisfacţiei sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncţii sexuale). Mulţi dintre aceşti subiecţi nu se referă la vreo disfuncţie anume, ci la absenţa satisfacţiei sexuale. La această situaţie îşi pot aduce contribuţia factori variaţi, cum sunt cei legaţi de dificultăţile relaţionale, de faptul că partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt şi nu în ultimul rând plictiseala şi monotonia.

Uneori această problemă poate fi secundară lipsei de interes sexual (Bancroft, 1983). În afara disfuncţiilor sexuale, sau a lipsei de satisfacţie sexuală, pacienţii se pot adresa specialiştilor şi pentru alte probleme, cum ar fi, de pildă: depresie, insomnie, probleme ginecologice sau lipsa fertilităţii.

Cauzele tulburărilor sexuale se referă la:

- Cauze fiziologice: boală, operaţii, diverse tratamente (Bancroft, 1983; Hawton, 1985, 1987).

  Chiar şi în aceste cazuri, factorul psihologic accentuează tulburarea, iar terapia cognitiv-comportamentală este indicată.
- Factori predispozanţi (lipsa de încredere în sine; pubertate întârziată).
- Factori precipitatori (eşec sexual sub influenţa alcoolului).
- Factori care menţin tulburarea (anxietatea anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Vom prezenta în continuare principalele disfuncţii sexuale la femei şi la bărbaţi. Astfel, în ceea ce priveşte disfuncţiile sexuale la femei se înregistrează:

1. Scăderea interesului sexual — libido scăzut: variază considerabil de la o femeie la alta; se reflectă în frecvenţa actelor sexuale cu partenerul, gânduri cu conţinut sexual, masturbare; se asociază frecvent

cu dificultăţi relaţionale şi depresie (Hawton şi Catalan, 1986; Weissman şi Paykel, 1974).

2. Activare sexuală scăzută: reducerea reacţiilor fiziologice normale (exemplu: lubrifierea vaginului) la stimulare sexuală şi lipsa senzaţiilor asociate cu excitaţia sexuală, firească însă la menopauză şi după naştere.

3. Deficienţă de orgasm: absenţă sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferenţieze acele femei care nu obţin orgasm cu partenerul, dar îl obţin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată. Deficienţa orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăţi relaţionale.

4. Vaginism: act sexual imposibil sau extrem de dureros, din cauza unui spasm vaginal care împiedică penetrarea. Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecţii. Multe din aceste femei au idei greşite cu privire la sexualitate. Altfel, ele sunt normale sub aspectul responsivităţii sexuale (Duddle, 1977).

5. Dispareunia: act sexual dureros.

Durerea poate fi superficială, medie (din cauza lipsei excitaţiei, infecţiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecţie pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale). În aceste cazuri se recomandă controlul ginecologic.

Disfuncţiile sexuale la bărbaţi sunt următoarele:

1. Interes sexual scăzut: poate fi consecinţa unei tulburări de erecţie, a dificultăţilor relaţionale sau a depresiei. Trebuie exclusă cauza organică (hipogonadism).

2. Tulburarea de erecţie: este cea mai răspândită tulburare pentru care se solicită psihoterapia; are forme diverse; mecanismul erecţiei este influenţat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectaţia performanţei) şi fiziologici (diabet, probleme circulatorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicaţie antihipertensivă).

3. Ejaculare precoce:

— este dificil de definit, de regulă este bine să se solicite şi opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectaţii neraţionale;

— de regulă reprezintă o tulburare primară;

— masturbarea rapidă poate fi un factor predispozant;

— frecventă la tineri la începutul vieţii sexuale;

— frecventă în stări de stres;

— numai în cazul în care este persistentă este considerată simptom.

4. Ejaculare întârziată sau absentă:

— este o tulburare relativ rară, care afectează atât ejacularea, cât şi orgasmul;

— trebuie distinsă de tulburarea care are la bază cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicaţie (tioridazin), când individul are orgasm, dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obţine în timpul masturbării, dar nu şi cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în acest din urmă caz se suspectează o cauză fizică). Când ejacularea este întârziată, stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobişnuit de lung până ca aceasta să apară.

5. Ejaculare dureroasă şi dispareunie: senzaţie de durere sau arsură după ejaculare, de regulă este rezultatul unei infecţii (uretrită, prostatită etc.).

Factorii psihologici care pot contribui la disfuncţiile sexuale (după Hawton, 1989)

Factori predispozanţi:

- educaţie restrictivă: atitudinea părinţilor e distorsionată sau provoacă inhibiţia sexuală;
- relaţiile familiale perturbate, lipsa afecţiunii;
- experienţe sexuale timpurii, cu caracter psihotraumatizant: viol, incest;
- lipsa educaţiei sexuale.

Factori precipitatori:

- relaţii perturbatoare cu partenerul;
- naşterea unui copil (aici, dificultăţile sexuale pot să apară şi din cauza unor factori fiziologici sau din cauza depresiei);
- infidelitatea;
- disfuncţii ale partenerului;
- eşecuri repetate;
- depresie;
- anxietate;
- experienţe sexuale traumatizante;
- vârsta;
- reacţia psihologică la unii factori organici.

Factori care menţin tulburarea:

- anxietatea de performanţă;
- teama de eşec (de pierdere a erecţiei);
- solicitările partenerului;
- comunicare insuficientă între parteneri;
- culpabilitate (eventual legată de o relaţie extraconjugală);
- lipsa atracţiei faţă de partener;
- relaţii conflictuale;
- teama de intimitate emoţională;
- informaţii sexuale insuficiente despre modul în care se realizează stimularea partenerului;
- joc erotic preliminar insuficient (astfel încât partenera nu este excitată).

Aşa cum am mai subliniat, experţii sexologi estimează că mai mult de jumătate din cuplurile din Europa de Vest şi Statele Unite au diverse dificultăţi legate de viaţa sexuală, iar majoritatea acestor dificultăţi au drept cauză anxietatea. Fensternheim şi Jean Baer (1977) se referă la următoarele aspecte ce pot constitui semnale de alarmă în legătură cu existenţa unor probleme sexuale:

— Evitarea deliberată a relaţiilor sexuale. Aceasta nu se referă la faptul că o persoană poate să nu fie la un moment dat într-o dispoziţie potrivită pentru a întreţine relaţii sexuale, ci la evitarea sistematică a acestora, evitare care devine o obişnuinţă. Se autoobservă propriul comportament şi se verifică dacă nu cumva persoana îşi inhibă orice manifestare de afecţiune care ar putea conduce la relaţii sexuale.

— Evitarea relaţiilor sexuale fără ca subiectul să fie conştient de acest lucru. Subiecţii invocă tot felul de motive pentru a evita sexul: oboseală, indispoziţie, faptul că au prea mult de lucru etc.

— Transformarea relaţiei sexuale într-o rutină zilnică.

— Subiectul este îngrijorat în legătură cu diverse aspecte legate de viaţa sa sexuală: se teme că are fantasme prea bogate sau, dimpotrivă, că nu are fantasme, că are dorinţe inacceptabile etc.

— Existenţa unei disfuncţii sau a unei perversiuni sexuale.

Trebuie subliniat faptul că în Europa şi America activitatea sexuală are puternice conotaţii emoţionale şi, din acest motiv, fricile şi anxietatea pot să conducă la blocarea acesteia, generând insatisfacţii şi inhibiţii.

Înainte de a trece la un program de psihoterapie care să conducă la reducerea anxietății legate de domeniul vieții sexuale, persoanele care au astfel de probleme trebuie să cunoască următoarele aspecte:

1. Deoarece activitatea sexuală este în primul rând o activitate fizică, orice disconfort fizic afectează această activitate. Din acest motiv, nu trebuie să ne grăbim să punem orice disfuncție sexuală pe seama unor factori de natură psihologică. Astfel, durerile din timpul actului sexual pot avea drept cauză o leziune a colului uterin, iar o tulburare de erecție poate fi consecința unei tulburări endocrine. Din acest motiv, înainte de a începe psihoterapia, este indicat un control medical de specialitate.

2. Activitatea sexuală a omului este condusă în primul rând de creier și apoi de glandele endocrine. Aceasta înseamnă că toate experiențele anterioare, precum și toate gândurile și atitudinile prezente sau trecute influențează activitatea sexuală prezentă.

3. Noțiunea de partener neimplicat este mult exagerată. Fricile, anxietățile, afecțiunea, tandrețea, dragostea pe care cineva le manifestă interacționează cu cele ale partenerului, amplificându-se. Astfel, dacă unul din membrii cuplului are probleme, acestea îl vor afecta și pe celălalt.

Într-o relație de dragoste, obiectivul activității sexuale trebuie să fie o comunicare plenară atât pe plan fizic, cât și psihic și să conducă la contopirea celor doi parteneri într-o singură ființă. Se ajunge la împlinirea sexuală prin intermediul sentimentului de dragoste și invers, la împlinirea dragostei prin intermediul sexului.

5. Așa cum este posibil să ne eliberăm și de alte frici, fobii și anxietăți, putem să ne eliberăm și de cele al căror conținut se referă la domeniul vieții sexuale.

Temerile care influențează viața sexuală sunt clasificate în trei categorii mai importante care afectează acest domeniu ai existenței (Fensternheim și Jean Baer, 1977):

1. Temeri externe sau tangențiale

Acestea își au originea în viața cotidiană și în experiențele anterioare ale subiectului, care nu au o legătură directă cu viața sexuală sau cu relația de cuplu. Exemple: o persoană poate suferi de fobie de întuneric și din acest motiv nu poate face dragoste decât cu lumina aprinsă, ceea ce poate să-l deranjeze pe partenerul său; o femeie tânără se putea excita foarte ușor, dar nu ajungea niciodată la orgasm. O anamneză amănunțită a evidențiat faptul că pacienta suferise în

copilărie de astm bronşic şi orice modificare a ritmului ei respirator o înspăimânta.

2. Temeri legate de relaţia interpersonală

În această categorie putem include teama de respingere, de a nu fi înţeles de partener, de a fi utilizat de acesta sau teama de a da frâu liber sentimentelor („Dacă îi arăt ce simt cu adevărat, el va profita de mine"). Viaţa sexuală poate fi influenţată negativ şi de conflictele şi resentimentele existente în cadrul cuplului. Uneori certurile şi conflictele contribuie la îmbunătăţirea calităţii vieţii sexuale, alteori dimpotrivă, o blochează („Cum pot face dragoste cu el dacă m-a supărat atât de tare?").

3. Temeri specifice legate de sfera vieţii sexuale

• Teama de a nu funcţiona adecvat în plan sexual sau aşa-numita anxietate de performanţă. În astfel de cazuri, subiectul deplasează accentul pe modul în care funcţionează, şi nu pe plăcerea sa şi a partenerului sau pe comunicarea interpersonală. Frecvent subiecţii cu astfel de probleme se tem că nu vor avea erecţie, că o vor pierde pe parcurs sau că nu vor atinge orgasmul. Acest tip de temeri conduce la alte temeri cu caracter secundar, cum ar fi de pildă:

— teama că partenerul va fi nesatisfăcut. Dacă acesta îşi va da seama de dificultatea subiectului, îl va preţui mai puţin, fapt ce îl determină să interpreteze orice comentariu, oricât de nevinovat, ca un semn de dispreţ. În astfel de situaţii, bărbaţii, dar mai ales femeile, încearcă să-şi mascheze dificultăţile mimând orgasmul.

— teama de a nu fi umilit în public apare mai ales la bărbaţi, care sunt terorizaţi de ideea că ceilalţi ar putea afla problema lor şi ar putea să-şi bată joc de ei;

— teama de dificultăţile sexuale ale partenerului; subiectul cu astfel de probleme consideră că, dacă partenerul suferă de vreo disfuncţie sexuală, înseamnă că ceva este în neregulă cu el însuşi („Dacă aş fi fost un bărbat adevărat, ea ar fi avut orgasm" sau „Dacă aş fi fost o femeie adevărată, el nu ar fi avut probleme."). Aceste temeri produc frustrări şi comportamente de evitare, fapt ce amplifică anxietatea de inadecvare a celuilalt. Astfel, subiectul fie aruncă întreaga vină asupra celuilalt, fie îşi asumă întreaga responsabilitate a eşecului, ambele comportamente fiind disfuncţionale;

• Teama că subiectul este anormal sub aspect sexual, ceea ce implică următoarele componente:

— teama că subiectul nu se încadrează într-o normă statistică, fără a ţine seama de faptul că, la fel ca şi în alte sfere ale vieţii psihice

şi somatice, există mari diferenţe interindividuale; de regulă, aceste probleme apar ca urmare a unei insuficiente educaţii sexuale, subiectul având informaţii fragmentare, din lecturi facile, filme sau din povestirile fanteziste ale unor prieteni, care îşi exagerează mult performanţele în acest domeniu. Astfel, foarte mulţi bărbaţi tineri îşi fac probleme în legătură cu dimensiunea, lungimea penisului.

— teama de perversiuni sexuale; unii subiecţi obţin satisfacţii de pe urma unor activităţi sexuale mai speciale, după care încep să se teamă dacă nu cumva sunt perverşi. De regulă, sexologii contemporani sunt de părere că putem considera ca fiind activităţi sexuale normale toate acele comportamente liber consimţite care au loc între adulţi de sexe diferite, chiar dacă acestea pot să iasă din standardele general admise de publicul larg.

— teama de a fi inhibat în plan sexual; multe persoane, mai ales în societatea occidentală, îşi aleg drept modele de comportament sexual filmele sau revistele pornografice. Aceasta înseamnă nu numai că se poate face orice între doi adulţi, dar aceştia chiar se simt obligaţi să facă tot ce au văzut şi chiar să obţină satisfacţii, ceea ce nu este totdeauna valabil pentru toată lumea.

Alte temeri din domeniul vieţii sexuale: specialiştii susţin că pot exista multe astfel de temeri cum ar fi: teama de sarcină, de pierdere a potenţei („Nu mai sunt bărbatul de altădată"), de îmbătrânire („El nu mă va mai dori; eu am 40 de ani şi el 42, şi oricând îşi poate găsi o femeie de 20 de ani"), teama de traumatism fizic (poate apărea mai ales la femeile care au fost agresate sexual) etc. Toate aceste temeri conduc la obiective exagerate sau artificiale, care alterează calitatea vieţii sexuale, de pildă: să fii un expert în domeniul sexului, să menţii o relaţie neechilibrată (urmărind doar satisfacţia proprie sau doar pe cea a partenerului), să ai drept scop unic atingerea orgasmului sau să menţii un comportament stereotip cu teama de a încerca şi lucruri noi.

Majoritatea persoanelor care prezintă astfel de probleme uită de obiectivul autentic al vieţii sexuale: o comunicare în plan fizic şi psihic între doi oameni care doresc să devină o singură fiinţă. Din cele arătate mai sus, rezultă că majoritatea dificultăţilor sexuale psihogene au la bază anxietatea. Subiectul care doreşte să se elibereze de anxietate şi de stări cu caracter fobic trebuie să cunoască natura reală a temerilor sale şi apoi să încerce să le modifice.

Studiu de caz (psihoterapie individuală)

Laurenţiu, în vârstă de 37 de ani, căsătorit, având două fetiţe în vârstă de 9 şi 7 ani, vine la cabinetul de psihoterapie după mai multe vizite la medicul de familie, care i-a recomandat un consult la un specialist în endocrinologie. După efectuarea analizelor de specialitate care nu au relevat probleme organice de sănătate, acesta l-a îndrumat către un psihoterapeut, încurajându-l pe Laurenţiu şi explicându-i că şedinţele de psihoterapie îl vor ajuta în rezolvarea problemei ivite.

Clientul este pilot, desfăşurându-şi activitatea pe curse externe. El relatează că, în urmă cu şase luni, a avut o relaţie extraconjugală cu o colegă de serviciu, care era însă o persoană curtată şi de către şeful său ierarhic. Relaţia este descoperită de către soţia clientului prin intermediul „bunelor intenţii" ale şefului şi Laurenţiu traversează o perioadă de „mare încărcătură emoţională negativă", după cum povesteşte. Cu toate cele întâmplate, relaţia conjugală se derulează în continuare, dar clientul începe să dezvolte o impotenţă selectivă faţă de soţia sa. Laurenţiu mai punctează faptul că soţia, controlor de trafic aerian, are în permanenţă un comportament agresiv şi mustrător în relaţia conjugală, dar şi în relaţia cu copiii. Acest fapt i-a provocat de multe ori clientului, în trecut, dar şi în prezent, temeri, disconfort şi tristeţe.

Ca o concluzie, clientul remarcă faptul că încercările sale sporadice sexuale cu soţia, desfăşurate după episodul extraconjugal şi soldate cu eşecuri, au fost în permanenţă pliate pe o lipsă de curaj şi pe o teamă din ce în ce mai profundă în legătură cu devenirea sa ca partener într-o activitate sexuală.

Spune Laurenţiu:

— Nu trebuia să fac ce am făcut. Parcă mi-am pierdut tot cheful de viaţă şi brusc m-am simţit golit de sentimente şi de putere. Asta m-a făcut să mă închid în mine şi să nu mai am curajul să mă apropii de soţia mea. Avem zile întregi în care nu ne vorbim, doar ne salutăm şi atât. Ea întotdeauna a ştiut ce are de făcut, eu nu mă pricep cum să fac să nu mă mai simt aşa şi nici măcar nu îi pot spune ei cum mă simt. Asta e: am pierdut tot cheful de viaţă!

Toate acestea l-au determinat să apeleze la controlul medical, unde nu s-a constatat prezenţa unei patologii organice; apoi, pe filiera descrisă, a ajuns în cabinetul psihoterapeutului.

Ședințele I-II

Primele două ședințe vizează atât formularea contractului terapeutic dintre client și psihoterapeut cu tot ce include acesta, cât și explicații referitoare la desfășurarea procedurilor terapeutice în sine. Astfel, relația terapeutică s-a stabilit ușor, clientul dovedindu-se o persoană cooperantă și motivată în rezolvarea problematicii sale.

Organizarea terapiei s-a bazat pe trei segmente importante: contactul cu informațiile din istoria personală a clientului, legate de sexualitate, simptomatologia dificultăților imediate înregistrate (distorsiuni cognitive ce revin: „Am pierdut tot cheful de viață...") și comportamentul-problemă manifestat în impotența selectivă în raport cu soția.

Segmentele sunt reflectate printr-un număr de fragmente de protocol derulate pe parcursul a două întâlniri, care au permis în final creionarea obiectivelor terapeutice împreună cu clientul.

1. Vom reda în continuare un fragment de protocol ce cuprinde câteva pasaje din analiza informațiilor legate de sexualitate din istoria personală a clientului:

Terapeutul: Înțeleg că problema de sexualitate cu care ați venit astăzi la cabinet este una de dată relativ recentă. Vă rog povestiți-mi ceva în legătură informațiile pe care le-ați primit în adolescență legate de sexualitate...

Laurențiu: A, păi mă întrebați despre lucruri vechi... Cine își mai aduce aminte?... Ca toată lumea, puține, la vremea aceea.

T: Ce înseamnă „puține la vremea aceea"?

L: Înseamnă că era un subiect mai degrabă tabu în familia mea. Părinții mei nu mi-au vorbit niciodată clar despre aceste lucruri, adică mama nici măcar nu cred că și-ar fi pus problema să vorbească despre asta. Noroc cu prietenii și colegii de la școală. Dar cred că asta e o situație generală pentru cei de vârsta mea. Sau eu știu? Înainte de 1989 nu exista posibilitatea internetului și cărți prin biblioteci nu prea îmi aduc aminte să fi fost...

T: Au fost informațiile mulțumitoare privind conținutul?

L: Nu cred. Nu, nu știu ce să zic. Poate că au fost și chestii înțelese aiurea... Niciodată nu m-am gândit la aceste aspecte, nu în acest sens. Adică ți se întâmplă un lucru din ăsta în viață și te simți de parcă nu ai mai face parte dintre toți ceilalți, de parcă nu mai ai nimic, ești golit de orice energie... Credeți că asta s-a întâmplat pentru că nu am știut multe chestii despre sexualitate... E posibil, dar pe de altă parte cu cine să vorbești? V-am spus, la noi în familie era un subiect tabu. Cred că ai mei nu vorbeau nici între ei despre așa ceva.

T: Considerați că ați fost influențat de faptul că părinții nu vorbeau despre chestiunea sexualității?

L: Dacă stau acum să mă gândesc la trecut, cred că da. Parcă era ceva rușinos, totul trebuia să fie sub preș, să nu știm ce se întâmplă... mama în special... cred

că ar fi leşinat dacă aş fi întrebat-o vreodată ceva în legătură cu partea sexuală. Întotdeauna m-am gândit că viaţa sexuală este o chestiune foarte intimă, despre care nu trebuie să vorbeşti foarte multe, ci doar să o faci. Poate de aceea m-am regăsit şi într-o altă legătură. Era mai uşor pentru mine să mă implic într-o relaţie cu altcineva decât să vorbesc despre asta... Asta cu siguranţă... Poate că de aceea îmi este atât de greu acum să vorbesc despre sex şi despre problema mea...

2. Analiza simptomatologiei dificultăţilor imediate cu care s-a prezentat clientul subliniază existenţa unor distorsiuni cognitive cu prezenţa gândurilor negative: „Nu mai am chef de viaţă", „Am pierdut tot cheful de viaţă", a autocriticii prezente: „Nu trebuia să fac ceea ce am făcut", „Nu mai sunt bun de nimic", „Sunt un ratat", dar şi a simptomelor afective de tristeţe, lipsă de speranţă şi stimă de sine scăzută.

T: La ce vă gândiţi când afirmaţi că „nu trebuia să fac ceea ce am făcut"?
L: Mă gândesc că nu trebuia să am o legătură cu acea persoană. Că nu am făcut bine ceea ce am făcut.
T: Ce părere aveţi, vă criticaţi pentru acest lucru?
L: Da, îmi dau seama acum că fac acest lucru. Dar asta nu mă face să mă simt mai bine...
T: Aţi ştiut de la început că aşa se va întâmpla în relaţia respectivă?
L: Nu, cum să ştiu... nici măcar nu m-am gândit. A fost plăcut să am cu cine să vorbesc, doamna era blândă şi dispusă să mă asculte...
T: Care este atunci scopul autocriticii?
L: Cred că de fapt încerc să mă dezvinovăţesc pentru ceea ce se întâmplă acum cu mine (insight!).
T: Povestiţi-mi vă rog despre pierderea chefului de viaţă...
L: E greu... câteodată e insuportabil, v-am spus... parcă a supt cineva toată puterea din mine... parcă mi-a luat toate sentimentele... câteodată nici nu-mi mai aduc aminte cum era când râdeam cu soţia mea... cu ceilalţi... e adevărat că lucrul ăsta nu se întâmpla adesea... Dar aveam totuşi şi momente bune... Sunt un om deschis schimbărilor, dar acum parcă totul este închis....închis într-o sperietură mare şi tristă... Nu mai sunt bun de nimic... Sunt un ratat...
T: Există o sperietură mare şi tristă sau este ceea ce gândiţi dumneavoastră despre ceea ce se întâmplă atunci când nu mai aveţi curajul abordării sexuale?
L: ... Da, cred că e vorba mai curând despre ce mă gândesc eu...

3. Analiza comportamentului problemă: se înregistrează note de retragere şi izolare caracteristice, la nivel comportamental, iar fiziologic se constată o impotenţă selectivă (disfuncţie erectilă).

La finalul celor două şedinţe, a fost stabilit de comun acord între client şi terapeut un plan de lucru bazat pe o informare generală prin care acesta a luat contact cu structura specifică abordării cognitiv-comportamentale, cu ritmul de lucru al întâlnirilor, fiind stabilite în acest sens 16 şedinţe, desfăşurate pe parcursul următoarelor patru luni, câte o întâlnire de 50 de minute pe săptămână.

Psihoterapeutul i-a propus de asemenea clientului utilizarea unor grile de evaluare de specialitate pentru a putea monitoriza împreună evoluţia stărilor afective şi evoluţia vindecării. Totodată, au fost trecute în revistă de către terapeut modalităţile folosite în organizarea actului terapeutic, din perspectiva strategiilor cognitiv-comportamentale congruente cu procedee de relaxare, de hipnoză şi instituirea antrenamentului mental.

Evaluarea psihologică a cuprins probele următoare: ACQ — Chestionarul de cogniţii anxioase şi BDI — Inventarul de depresie Beck. La proba de anxietate clientul a obţinut scoruri ridicate (37 scor pentru ACQ), iar la BDI scorul a relevat prezenţa simptomatologiei depresive uşoare (15 puncte). Obiectivele stabilite au vizat restructurarea realităţii interioare în raport cu problematica impotenţei selective, prin înlăturarea comportamentului-problemă, diminuarea simptomatologiei anxios-depresive, restabilirea echilibrului în viaţa afectivă şi sexuală, alături de creşterea încrederii în sine a clientului.

La finalul acestor prime întâlniri, terapeutul a procedat la o normalizare, precizând că multe persoane, femei sau bărbaţi, prezintă disfuncţionalităţi sexuale care, de cele mai multe ori, pot deveni frecvente, supărătoare şi care le afectează existenţa cotidiană, dar că există şanse foarte mari de ameliorare şi vindecare prin urmarea unui program psihoterapeutic.

Şedinţele III-VI (fragmente de protocol)

Prin stabilirea obiectivelor s-a conturat cadrul de lucru, astfel că planul terapeutic a vizat, în structura următoarelor patru întâlniri, în primul rând problema identificării gândurilor negative automate şi a convingerilor disfuncţionale pe care clientul le semnala în legătură cu problematica sa de natură afectivă şi sexuală. În acest sens, psihoterapeutul i-a explicat clientului său ce înseamnă gând negativ automat şi ca obiectiv specific de comun acord a fost utilizată tehnica de identificare a gândurilor negative automate prin adresarea de provocări acestora, cu scopul de a infirma veridicitatea lor, pentru

ca ulterior să se treacă la înlocuirea cu gânduri mai realiste în vederea restructurării cognitive.

Terapeutul: Vă propun să vorbim în continuare despre gândurile pe care le aveți în legătură cu pierderea chefului de viață, ca urmare a eșecului sexual recent...
Laurențiu: Cred că cel mai des mă gândesc că nu sunt bun de nimic dacă nu reușesc să fac acest lucru... Poate de asta am zis că nu mai am chef de viață... Data trecută însă ați spus că și alte persoane au aceeași problemă ca și mine... Și poate că aveți dreptate... Cu toate astea lucrurile care mi se întâmplă mă dor... mă deranjează...
T: Credeați că sunteți singura persoană care are un eșec sexual?
L: Da, la început m-am gândit cum mi se poate întâmpla asta tocmai mie, dar ulterior, vorbind cu medicul de familie, cu endocrinologul și cu dumneavoastră, mi-am dat seama că nu numai mie mi se întâmplă... Sigur că mai sunt și alții...
T: Dacă ar fi să evaluați în procente gândul că eșecul sexual vi se întâmplă numai dumneavoastră, aici și acum, ce cotație ați da acestuia?
L: Cred că pe undeva la 60% acum, dar la început a fost mult mai mare, cred că era vorba despre 100%. Groaznic...
T: Este groaznic procentul?
L: Știți ceva? Nu procentul mă îngrijorează, de fapt îmi dau seama că nu asta e problema, cu procentul, ci că eu m-am gândit că numai mie mi se poate întâmpla... Lucru care este eronat, acum îmi dau seama... De fapt cred că am generalizat acest necaz de parcă eu eram singurul pe planetă... Și totuși când mă gândesc ce-și spune soția mea... Cu siguranță că își spune că nu sunt bun de nimic... mai ales după cele ce s-au întâmplat...
T: Sunteți sigur că asta spune soția dumneavoastră? Ați întrebat-o?
L: Nu, adică nu am întrebat-o, dar cu siguranță că... Da, îmi dau seama, este ceea ce mi-ați spus și mai devreme, gândire de tipul selectiv... nerealizarea mea sexuală... nu înseamnă că soția mea gândește așa... și cel mai bine ar fi să mă gândesc la faptul că suntem căsătoriți de ceva vreme, că avem două fetițe reușite împreună și, chiar dacă este ea uneori agresivă și încearcă să-și impună punctul de vedere, în general este bine intenționată... și dacă mă gândesc până la urmă se pare că m-a iertat din moment ce a rămas împreună cu mine după tot ceea ce s-a întâmplat cu cealaltă persoană...
T: Cât de veridic este acest gând legat de ceea ce poate spune soția despre dumneavoastră, tot în procente vorbind?
L: Undeva pe la 30%, acum... da, mult mai mic.
T: Dacă vă veți modifica comportamentul-problemă, ce credeți că veți obține?
L: Păi, în primul rând mă voi reapropia de soția mea... din punct de vedere sexual nu vor mai fi eșecuri... asta este un lucru bun... și poate că vom începe să comunicăm mai mult... poate că o să încep să îi spun ceea ce simt... că se mai întâmplă câteodată să nu fii în formă... și că nu înseamnă că s-a terminat totul când nu ești în formă...

Pe parcursul şedinţelor desfăşurate până la acest moment se conturează din relatările clientului faptul că evoluţia în timp a cogniţiilor şi comportamentelor acestuia demonstrează că a crescut într-o familie dominată de figura maternă, care i-a impus standarde înalte de performanţă şi în care s-a evitat de cele mai multe ori manifestarea sentimentelor. Astfel s-au putut forma convingeri disfuncţionale legate de faptul că tendinţa de perfecţiune este necesară pentru el în primul rând pentru a nu-i dezamăgi (şi pierde) pe părinţi. În consecinţă, s-a dezvoltat o serie de stiluri cognitive disfuncţionale: generalizare, abstracţie selectivă, gândirea „totul sau nimic" („Sunt un ratat"), gândire autocritică puternică, note de perfecţionism etc.

Tema pentru acasă:

Înlocuirea gândurilor negative cu gânduri realiste, pozitive a constituit tema predilectă pentru acasă în cadrul acestor patru şedinţe, clientul alcătuind un jurnal în acest sens. Deşi la început Laurenţiu a afirmat că are dificultăţi în identificarea şi construirea unor gânduri raţionale, prin lucrul împreună cu psihoterapeutul, clientul a ajuns să formuleze gânduri raţionale de tipul: „Şi ceilalţi oameni au probleme de natură sexuală câteodată", „Cred că înţeleg mai multe despre mine", „Şi ceilalţi oameni mai dau rateuri în viaţă", „Este timpul ca eu să merg mai departe", „Pot să încerc să mă accept aşa cum sunt".

Şedinţele VII-XI (fragmente de protocol)

Demersul terapeutic cognitiv-comportamental a continuat cu utilizarea unor tehnici de relaxare şi hipnoză. Rolul acestor intervenţii i-a fost explicat în amănunt clientului, care nu era străin de proceedele de relaxare prin respiraţie, acesta declarându-se foarte încrezător într-o astfel de intervenţie terapeutică. Pentru început s-a folosit un exerciţiu de relaxare cu sugestii de întărire a eului ca antrenament mental pentru a ajuta clientul să facă faţă situaţiilor dificile cu care se confruntă.

Lasă-te să pluteşti lent şi fără efort spre locul tău preferat în aer liber... Un loc în care te simţi relaxat, fericit şi în siguranţă... Observă ce vezi în jurul tău... Nu ştiu ce vei considera cel mai interesant în locul tău preferat... Poate formele şi culorile, poate alţi oameni... ascultarea sunetelor... conştientizarea temperaturii mâinilor şi feţei tale... şi sentimentul de bucurie şi fericire... Lasă ca aceste sentimente pozitive să plutească în jurul corpului tău, îndepărtând tensiunea reziduală din fiecare celulă... Lasă ca

aceste sentimente pozitive să plutească în jurul corpului tău, îndepărtând tensiunea reziduală din fiecare celulă...

Mă întreb dacă ai observat deja că mintea şi corpul tău sunt mai relaxate, se simt confortabil şi în pace... Mă întreb dacă ai observat deja că mintea şi corpul tău sunt mai relaxate, se simt confortabil şi în pace...

Ştiind că faci acest lucru pentru tine aproape fără efort, nu este nevoie să faci nimic altceva decât să te bucuri de această experienţă plăcută. Atunci când te simţi cu adevărat bine, poţi împreuna degetul mare şi arătătorul, astfel încât, în viitor şi atunci când te trezeşti, să poţi face acest lucru ca modalitate proprie de accesare a acelor sentimente pozitive. Poţi rămâne în acest loc special al tău cât timp ai nevoie pentru a te simţi complet calm şi relaxat... Poţi rămâne în acest loc special al tău cât timp ai nevoie pentru a te simţi complet calm şi relaxat... Poţi rămâne în acest loc special al tău cât timp ai nevoie pentru a te simţi complet calm, relaxat şi puternic... Puternic şi sănătos... Puternic şi sănătos...

Poţi vizita locul tău preferat oricând este bine pentru tine, stând într-un loc liniştit, închizând ochii şi lăsându-te să pluteşti fără efort într-acolo... Este locul tău preferat în care tu îţi întâlneşti toate resursele... toate resursele tale sunt acolo şi sunt gata să lucreze pentru tine... Să te întărească... să fii puternic şi plin de resurse... Plin de resurse... Atunci când eşti pregătit să părăseşti locul tău special, deschide ochii şi reîntoarce-te în această încăpere. Poţi continua să te simţi la fel de bine cum te simţi acum, complet relaxat şi liniştit, puternic şi plin de resurse, gata să faci orice este nevoie să fie făcut.

În următoarele întâlniri clientul a fost invitat să aleagă o temă legată de crearea unui scenariu pozitiv care să fie încorporat unei progresii hipnotice. Clientul a ales ca temă scenariul pozitiv în care se reîntâlneşte cu soţia sa în planul senzorial corelat cu o calitate pozitivă a sentimentelor (bucurie).

Terapeutul a început acest exerciţiu printr-o abordare care să îl ajute pe client să îşi relaxeze întregul corp, la care au fost adăugate următoarele:

Întregul tău corp poate că doreşte acum să experimenteze această relaxare profundă... Să experimenteze această relaxare profundă... Eşti într-un loc în care te simţi foarte bine... Foarte bine... Lasă ca greutatea, căldura şi relaxarea să cuprindă fiecare parte a corpului tău... Poţi simţi cum greutatea, căldura, relaxarea cuprinde fiecare parte a corpului tău... Şi asta îţi produce plăcere şi bucurie... Îţi produce plăcere şi bucurie... Pe măsură ce toate părţile corpului tău funcţionează bine, funcţionează optim... Tu te simţi din ce în ce mai calm şi mai relaxat... Toate părţile

corpului tău funcţionează optim... Ştii că la un anumit nivel ai toate acele resurse pentru ca acest lucru să se întâmple... Ştii că la un anumit nivel ai toate acele resurse pentru ca acest lucru să se întâmple... Toate părţile corpului tău funcţionează optim...

Eşti într-un loc în care te simţi foarte bine... Foarte bine... Lasă greutatea, căldura şi relaxarea să cuprindă fiecare parte a corpului tău împreună cu toate resursele tale şi funcţionarea ta optimă... Eşti într-un loc în care te simţi foarte bine... Foarte bine... Lasă greutatea, căldura şi relaxarea să cuprindă fiecare parte a corpului tău împreună cu toate resursele tale şi funcţionarea ta optimă...

În acest moment poţi simţi căldura corpului tău... Poţi simţi căldura corpului tău... Căldura corpului tău se întâlneşte cu căldura corpului soţiei tale... Fiecare parte a corpului tău care este calmă şi relaxată se întâlneşte cu fiecare parte a corpului soţiei tale... Vă simţiţi bine unul pe celălalt... Vă simţiţi căldura şi relaxarea reciprocă... Vă simţiţi calzi şi relaxaţi şi vă place şi vă produce bucurie faptul că sunteţi împreună... Vă simţiţi calzi şi relaxaţi şi vă produce bucurie faptul că sunteţi împreună... Având în vedere ceea ce se întâmplă... permite unor părţi ale corpului tău să se întrepătrundă cu părţi ale corpului soţiei tale... permite unor părţi ale corpului tău să se întrepătrundă cu părţi ale corpului soţiei tale...

Acest lucru este potrivit... Această întrepătrundere este potrivită... Acest lucru este potrivit... Această întrepătrundere este potrivită... Părţile corpului tău calde şi relaxate se întrepătrund cu părţile corpului soţiei tale calde şi relaxate... Această întrepătrundere vă produce multă bucurie... multă bucurie... În viitor... În viitor...

Păstrează cu tine această întrepătrundere... păstrează cu tine această întrepătrundere în viitor... Este un lucru pe care mintea ta inconştientă îl va face foarte bine în viitor... păstrează această întrepătrundere a corpurilor voastre atât de calde şi de relaxate, împreună în viitor... întrepătrunderea care îţi aduce ţie şi soţiei tale bucurie... multă bucurie şi căldură... împreună în viitor... Poţi purta cu tine plăcerea, căldura şi bucuria pe viitor atunci când te vei găsi alături de soţia ta... împreună în viitor...

Şedinţele XII-XVI

În paralel cu folosirea tehnicilor de relaxare şi hipnoză, clientul a beneficiat şi de instituirea unui travaliu cognitiv-comportamental de resensibilizare progresivă verbală şi corporală, adaptat după Masters şi Johnson (1971). Astfel s-a construit un scenariu progresiv pe patru etape, ca temă pentru acasă (patru săptămâni, cel puţin o dată pe săptămână cu o durată de minim 30 de minute) ce a cuprins stabilirea

comunicării şi contactului cu soţia sa, toate acţiunile fiind centrate pe senzaţii şi pe verbalizarea sentimentelor, în care însă principala indicaţie a reprezentat-o lipsa actului sexual în sine.

Treptat clientul s-a reapropiat de soţia sa, la început prin mângâieri neerogene, sarcina constând în aceea ca fiecare dintre cei doi să îşi exprime aprobarea sau dezaprobarea referitoare la ceea ce se întâmplă; următoarea etapă a fost cea în care s-a trecut la zonele erogene, menţinându-se comunicarea în ceea ce priveşte plăcerea produsă ca intensitate şi exprimare a emoţiilor. Înaintând în travaliul de resensibilizare progresivă verbală şi corporală, celelalte etape au vizat zonele sexuale şi au permis clientului şi soţiei sale să petreacă un timp împreună, care să reflecte în mod preponderent afecţiune, şi nu competiţie sexuală.

La finalul derulării acestor sarcini pentru acasă, pe care clientul împreună cu soţia le-au pus în practică, ca strategie de lucru, s-a folosit în continuare analiza avantajelor şi a dezavantajelor menţinerii acestor etape de resensibilizare progresivă verbală şi corporală.

Terapeutul: Per total, ce spuneţi? Cum s-au desfăşurat aceste etape care v-au fost de folos, înţeleg...

Laurenţiu: Da, mi-au fost de folos... este pentru prima dată când am stat alături de soţia mea fără să mă gândesc că e necesar să performez din punct de vedere sexual... Sunt uimit de faptul că ea a reacţionat atât de bine la aceste lucruri...

T: Înţeleg că ea a răspuns bine şi asta vă face să vă simţiţi...

L: Mă face să mă simt relaxat... cred că ăsta e cuvântul cel mai bun... Mă face să mă simt eu... Cu siguranţă că şi exerciţiile de relaxare m-au ajutat... Dar una peste alta, trebuie să vă spun că mi-a fost foarte greu în ultimele două săptămâni să respect sarcina pentru acasă... cu interdicţia... Greu de tot... Dar este adevărat că m-a ajutat soţia mea, care mi-a reamintit că era interzis... La început cel puţin... Şi cu toate acestea... Până la urmă, cum să vă spun... Până la urmă nu am putut să o respect... Asta e... Dar nu îmi pare rău... Şi să ştiţi că lucrurile au decurs bine. Aş putea să zic că mult mai bine.

T: Mă bucur că lucrurile au decurs bine. În ce fel v-a făcut să vă simţiţi faptul că aţi mers mai departe ?

L: Păi, a fost ca atunci când ai în faţă un lucru frumos şi nu ai voie să îl atingi... Ştiţi cum e! Parcă tot aştepţi să poţi să îl atingi şi chiar o faci, atunci când crezi că nu se uită nimeni la tine... Ca fructul oprit, ce mai... Dar parcă a fost chiar mai mult decât un fruct oprit. A fost ca şi când ne-am întâlnit şi ne-am îndrăgostit la început...

T: Înţeleg că s-au schimbat lucrurile între dumneavoastră şi soţie din punctul de vedere al sentimentelor?

L: Cu siguranță. De fapt, cred că se schimbaseră mai înainte ca eu sau ea să ne dăm seama. Chiar am întrebat-o dacă este diferit acum, pentru ea, ceea ce se întâmplă între noi doi și mi-a spus că da, că simte că a crescut... parcă lucrurile sunt altfel... mai puternice, dar, totodată, și mai calme... Și asta o face să se simtă bine și să fie mulțumită... De data asta am întrebat-o, nu am mai făcut ca în trecut! Cel mai mult mă bucur de faptul că vorbim, că ne spunem lucruri despre care până acum nici nu mă gândeam că o să putem vorbi... Nici nu mă gândeam la ele... Este ciudat, pe de o parte am venit pentru o problemă sexuală și acum vorbesc mult mai mult despre noi ca și cuplu, despre ceea ce îmi place și vreau eu de la ea și ea de la mine... Despre noi... Da, despre noi... Și am înțeles că nu partea sexuală este atât de importantă pe cât credeam eu, ci este vorba doar de viața împreună cu tot ce înseamnă, mai o durere, mai o bucurie, mai ceva nou sau ceva mai vechi... și multe altele... Mă gândesc că am avut de câștigat mult, după ceva vreme în care am crezut că nu sunt bun pentru asta...

T: Ce ați avut de câștigat ?

L: Am câștigat ceva nou, faptul că pot vorbi despre mine... cum nu am mai făcut-o până acum. Am mai câștigat ceva încredere în mine. Dar și din punct de vedere sexual... normal.

T: Pentru ce credeați că nu sunteți bun, așa cum ați afirmat mai devreme?

L: Mă gândeam tot la soția mea. Mă gândeam la începutul terapiei că poate nu sunt suficient de bun pentru ea. Mai ales și cu legătura pe care am avut-o... Iar pe urmă cu problema sexuală... la asta mă gândeam. Dar am înțeles că și eu sunt important, deși mi-a fost destul de greu.

T: Ce ar însemna pentru dumneavoastră să continuați aceste etape?

L: Pe de o parte îmi place situația de acum și soției la fel, pe de altă parte, faptul că am „încălcat" regula deja îmi arată că pot merge mai departe și că lucrurile evoluează, evoluează în bine.

T: Ce ar însemna pentru dumneavoastră să renunțați la aceste comportamente ?

L: Știți, mă gândeam că o să-mi puneți această întrebare. Eu cred că nu o să mai pot renunța la aceste lucruri, comportamente... Sunt convins că au adus ceva nou pentru mine și pentru soția mea. Mă gândesc că cel mai bine este să le păstrez. Asta și eliminarea gândului că numai mie mi se putea întâmpla impotența. Li se mai întâmplă în mod cert și altora. Dar uite că există căi de rezolvare și mă bucur că am putut beneficia de ele. Pentru mine este o mare ușurare... din toate punctele de vedere.

Concluzii

Principala abordare în cazul prezentat mai sus s-a fundamentat pe strategiile de lucru cognitiv-comportamentale. De asemenea, au fost folosite cu un mare impact procedee de relaxare, de hipnoză și antrenament mental. Problematica acestui client a solicitat din partea

terapeutului atât o conduită securizantă, cât şi o apropiere suportivă, confirmările şi validările oferite având un scop dublu: pe de o parte rezolvarea pe cât posibil a problematicii pacientului, pe de altă parte obţinerea unor relatări verbale neinhibate şi sincere referitoare la stările pe care acesta le trăia. Terapia în cazul acestei disfuncţii sexuale a implicat o muncă susţinută de ambele părţi: atât clientul, cât şi terapeutul au lucrat în tandem, fiind motivaţi puternic pentru schimbare pozitivă şi vindecare.

De altfel, în cadrul ultimei întâlniri, clientul a evaluat acest proces, pe o scală analogă de vindecare de la 0 la 10, cu scorul cel mai mare (10). De asemenea, la reevaluarea cu instrumentele ACQ — Chestionarul de cogniţii anxioase şi Inventarul de depresie Beck (BDI), clientul a obţinut scoruri care se încadrează în intervalul de lipsă a acestei simptomatologii (5 scor pentru ACQ şi 7 BDI).

Impedimentul principal în tratamentul psihoterapeutic a fost în acest caz prezenţa distorsiunilor cognitive ale clientului reflectate prin generalizare, autocritică, perfecţionism etc. reperate în discursul său şi care antrenau menţinerea unui tablou anxios şi uşor depresiv, centrat pe impotenţa selectivă. Existenţa acestor idei iraţionale cumulată cu cogniţiile şi comportamentele învăţate în familia de origine (prezenţa pregnantă a tabuului sexualităţii) au creat un astfel de model disfuncţional. Strategiile cognitiv-comportamentale de identificare a gândurilor negative şi de înlocuire a acestora cu gânduri raţionale, recunoaşterea distorsiunilor cognitive şi stoparea lor, tehnica utilizării avantajelor şi dezavantajelor în menţinerea programului de resensibilizare progresivă verbală şi corporală în tandem cu procedeele de relaxare cu sugestii de întărire a eului, alături de scenariul hipnotic progresiv pozitiv în care clientul se reîntâlneşte cu soţia sa în planul senzorial, corelat cu o calitate pozitivă a sentimentelor (bucurie) au constituit principalele coordonate în derularea procesului terapeutic.

Reuşita acestui caz, concretizată prin revenirea la o viaţă sexuală echilibrată pentru client (şi cuplu), a demonstrat încă o dată rolul extrem de important al alianţei terapeutice, reflectată pe de o parte de deschiderea şi motivaţia schimbării cu care clientul a intrat în terapie, iar pe de alta, de suportul şi empatia de care psihoterapeutul a dat dovadă într-o astfel de situaţie.

Astfel putem spune că, în acest caz, comportamentul-problemă al clientului a fost eliminat, iar urmărirea rezultatelor în intervalul următorilor zece ani susţine din plin stabilitatea vindecării.

VII
Psihoterapii scurte de grup

7.1. Hipnoterapia de grup

Wolberg (1977) considera că hipnoza poate fi utilizată în grup pentru două motive: creşterea nivelului de hipnotizabilitate la subiecţii rezistenţi şi ca o formă de psihoterapie de grup.

Pentru a le demonstra clienţilor modul în care se produce transa hipnotică, este indicat ca în grupul terapeutic să fie incluşi unul sau mai mulţi subiecţi cu nivel ridicat de hipnotizabilitate. Membrilor grupului li se explică faptul că multe dintre tulburările nevrotice sau psihosomatice sunt cauzate de incapacitatea subiecţilor de a se relaxa. Instructajul administrat poate îmbrăca următoarea formă (adaptat după Wolberg, 1977, p. 13):

Vă voi demonstra cât de uşor este să vă relaxaţi. Luaţi o poziţie comodă aşezaţi pe fotoliu, cu capul sprijinit, braţele pe coapse şi picioarele uşor depărtate. Destindeţi corpul, închideţi ochii, inspiraţi lent şi profund, cu expiraţia mai lungă decât inspiraţia. Relaxaţi trupul şi mintea. Relaxaţi progresiv fiecare grupă de muşchi în parte. Relaxaţi muşchii frunţii. Relaxaţi musculatura feţei, bărbia şi maxilarele. Remarcaţi cât de încordaţi sunt umerii, gâtul şi spatele. Relaxaţi umeorii, gâtul, musculatura spatelui. Relaxaţi braţele. Braţele devin grele, tot mai grele, parcă ar cântări o tonă. Lăsaţi braţele grele să se odihnească pe coapse. Îndreptaţi atenţia asupra picioarelor. Lăsaţi picioarele să devină tot mai grele, tot mai grele. În timp ce inspiraţi şi expiraţi profund, veţi simţi cum braţele şi picioarele devin tot mai grele, tot mai grele, grele ca de plumb. Simţiţi ochii obosiţi... pleoapele devin grele, tot mai grele... Tot corpul devine greu, din ce în ce mai greu, greu ca de plumb. Pleoapele sunt grele, foarte grele, ochii sunt închişi... nu simţiţi nevoia să deschideţi ochii. Vă relaxaţi tot mai mult, tot mai mult, ca şi cum aţi dormi. Vă este imposibil să deschideţi ochii, pentru că pleoapele

sunt foarte grele, foarte grele, grele ca de plumb... grele şi strâns lipite, grele şi strâns lipite. Pe măsură ce simţiţi pleoapele grele, vă cufundaţi într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai odihnitoare. Braţele şi picioarele sunt tot mai grele, tot mai grele, grele ca de plumb. Ochii sunt închişi, iar pleoapele sunt atât de grele, încât vă este imposibil să deschideţi ochii. Cu cât încercaţi mai mult, cu atât observaţi că pleoapele sunt atât de grele, atât de grele şi atât de strâns lipite, încât vă este imposibil să deschideţi ochii. Cu cât încercaţi mai mult, cu atât observaţi că vă este imposibil să deschideţi ochii. Încercaţi, dar vă este imposibil să deschideţi ochii...

Trebuie consemnat faptul că subiecţii cu nivel înalt de hipnotizabilitate, care fac parte din grup, nu vor reuşi să deschidă ochii atunci când li se va cere să o facă.

Instructajul va continua astfel:

Începând de acum, ori de câte ori vă dau sugestia să vă relaxaţi profund, pleoapele voastre vor deveni tot mai grele, ochii se vor închide şi veţi intra rapid într-o stare de relaxare profundă, odihnitoare, o relaxare atât de profundă încât pare o stare de somn. Vă veţi relaxa tot mai profund, tot mai profund...

Curând vă voi sugera faptul că reveniţi din relaxare. Ochii se vor deschide şi veţi reveni la stare în mod normal, aici şi acum. Veţi fi în curând pe deplin reveniţi. Ori de câte ori vă voi da sugestia să vă relaxaţi, ochii dumneavoastră se vor închide rapid şi veţi intra într-o stare de relaxare profundă şi odihnitoare.

Subiecţii care răspund bine unor astfel de sugestii este indicat să fie aşezaţi în faţa celorlalţi, pentru a le servi drept exemplu. Acestora din urmă li se explică faptul că vor putea şi ei să se relaxeze în acelaşi mod data viitoare când procedura se va repeta. De cele mai multe ori subiecţii care au rezistat sugestiilor se vor relaxa la rândul lor.

Aşa cum am menţionat mai sus, hipnoza de grup poate fi utilizată şi în scopuri psihoterapeutice. Wolberg (1977) subliniază faptul că terapeutul trebuie să fie însă conştient de limitele hipnoterapiei de grup. Spre deosebire de această abordare, psihoterapia de grup în stare de veghe are un caracter nondirectiv, care le permite membrilor grupului să interacţioneze activ unii cu alţii şi cu psihoterapeutul, ceea ce le îngăduie realizarea unui insight referitor la dificultăţile pe care le au în domeniul relaţiilor interpersonale. Hipnoza în grup are un caracter directiv ce implică ghidare, sprijin, atunci când se cere desensibilizare şi persuasiune.

După ce membrii grupului au intrat în starea de relaxare, acestora li se va administra următorul instructaj (Wolberg, 1977, p. 15):

Aţi dobândit nişte deprinderi greşite în plan emoţional şi comportamental. Aceste deprinderi sunt rezultatul unui mod defectuos de gândire. Aveţi posibilitatea să vă eliberaţi de teamă şi încordare, să fiţi liniştiţi şi mulţumiţi, dacă veţi dobândi deprinderi corecte de a gândi şi acţiona. Trebuie să vă spuneţi în gând: voi reuşi să corectez acele probleme şi dificultăţi care pot fi remediate şi voi putea face faţă celor care nu pot fi remediate. Deşi nu voi putea schimba lumea, mă voi schimba pe mine astfel încât să nu mai reacţionez emoţional în mod exagerat în diverse situaţii. Voi înceta să mă îngrijorez, să mă frământ, să mă gândesc prea mult la propria mea persoană. În cazul în care mă voi confrunta cu o problemă care trebuie rezolvată, voi trece în revistă toate posibilităţile de soluţionare şi o voi alege pe aceea care pare a fi cea mai bună. Odată ce m-am decis, voi urma planul pe care l-am stabilit. Voi înceta să mă gândesc şi să discut prea mult despre necazurile şi stările care mă tulbură. Voi fi amabil cu ceilalţi oameni şi nu mă voi mai lăsa perturbat de diverse persoane sau situaţii. Mă voi gândi tot mai mult la lucruri plăcute şi voi avea permanent în minte imaginea acelei persoane care aş vrea să devin. Îmi voi spune că mă simt bine şi mă voi simţi şi mai bine. Dacă îmi vor veni în minte gânduri legate de temeri şi îngrijorări, voi reuşi să-mi controlez mintea gândindu-mă la perioadele din cursul vieţii mele când am fost cu adevărat mulţumit şi implinit.

În cadrul hipnoterapiei de grup, terapeutul reprezintă o figură investită cu autoritate, iar efectele pozitive asupra clienţilor depind în mare măsură de dorinţa acestora de a-l investi pe acest lider cu puteri deosebite. Acest gen de terapie pare să se potrivească acelor clienţi care au un grad mai mare de dependenţă şi au tendinţa de a căuta o figură de tip patern în care să creadă şi care să le ofere protecţie şi sprijin. Membrii grupului învaţă unii de la ceilalţi, îşi împărtăşesc experienţele, îşi clarifică îndoielile, îşi precizează obiectivele terapeutice, convingându-se mai uşor de eficienţa hipnozei.

Etapele hipnoterapiei de grup sunt următoarele (Reardonn, 1977, p. 27):

— Învăţarea relaxării prin intermediul metodei relaxării progresive musculare a lui Jacobson sau al antrenamentului autogen Schultz. Clienţii primesc sarcina să exerseze acasă ceea ce au învăţat în cadrul grupului de psihoterapie.

— Autoobservarea tensiunilor musculare cauzate de anxietate, frică sau îngrijorare, atât în cabinetul de psihoterapie, cât şi în situaţii de viaţă.

— Modificarea atitudinilor, modului de gândire şi comportamentului, clienţii devenind persoane autocontrolate şi rezistente la stres, care acţionează conform principiului „tot ce întreprinzi atunci când eşti relaxat îţi reuşeşte mai bine".

Hipnoterapia de grup a fost aplicată cu succes la clienţi cu obezitate, deprinderi greşite (fumat, consum abuziv de alcool), fobii specifice (inclusiv în cazul fobiei de stomatolog), agorafobie, enurezis, anxietate generalizată etc.

Peberdy (1960) a lucrat cu grupuri formate din şase pacienţi care, înainte de inducţia hipnotică, erau instruiţi să discute în cadrul grupului problemele care i-au determinat să se adreseze psihoterapeutului. Wolberg (1977) subliniază că există cel puţin două elemente care sporesc eficienţa utilizării hipnozei în grup: realizarea unei relaţii transformaţionale pozitive între clienţi şi terapeut, precum şi sprijinul şi înţelegerea acordată fiecărui membru al grupului de către celelalte persoane care suferă de tulburări similare.

7.2. Psihoterapia de grup de scurtă durată

Psihoterapia de grup de scurtă durată este definită ca o formă de tratament care se desfăşoară pe parcursul unui număr limitat de şedinţe. Cu toate acestea, literatura de specialitate consemnează faptul că acest număr de şedinţe poate varia între 2, 12 până la 15 întâlniri, dar poate ajunge la 25 şi chiar 50 de şedinţe în anumite situaţii. Cu toate acestea, psihoterapeuţii de grup raportează o durată medie de timp de un an de zile, fără însă a limita numărul de şedinţe la o cifră exactă (Butcher şi Koss, 1978).

Din perspectiva accepţiunii unor factori de care se ţine cont în terapia de grup de scurtă durată vom mai menţiona aici şi factorul frecvenţă. În acest sens, în cadrul psihoterapiei de grup de scurtă durată vorbim despre întâlniri zilnice, de mai multe ori pe săptămână, o dată pe săptămână sau chiar bilunare (în unele cazuri pot fi şi mai

rare). Având în vedere dinamica şi modul în care funcţionează un grup terapeutic de scurtă durată, ar fi important de subliniat impactul şi travaliul care sunt diferite în funcţie de factorul frecvenţă. Cuantumul emoţional şi cognitiv, împreună cu cel comportamental, ce caracterizează membrii grupului terapeutic, poate fi astfel îndelung şi benefic stimulat printr-o frecvenţă sporită. În schimb, o frecvenţă mai scăzută le poate aduce uneori membrilor grupului o anumită distanţare emoţională, care atrage după sine o mai mică implicare în lucrul de grup.

Vorbim despre psihoterapia de grup definind-o ca pe un ansamblu de tehnici şi metode psihologice ce vizează obiective terapeutice variate şi folosim aceeaşi sintagmă atunci când descriem activitatea terapeutului care se construieşte *cu* şi *în jurul* membrilor grupului, cu scopul ca aceştia să identifice la rândul lor o serie de modalităţi de întrajutorare şi suport, toate construindu-se pe un deplin respect reciproc.

Eficienţa terapiei de grup de scurtă durată are drept condiţie de susţinere, după cum arătam, în principal, un număr limitat de întâlniri în timp. Acesta este de altfel principiul după care s-au ghidat iniţiatorii terapiei de scurtă durată individuală, aducând ca argumente principale: intervalul de timp, costurile mai scăzute şi implicaţiile direcţionate ale travaliului individual într-un astfel de context. Garfield (1978) prezintă aceste argumente menţionând că este mult mai bine să ajutăm oamenii prin intermediul unui contract terapeutic de scurtă durată, decât să-i *menţinem şi reţinem* într-o intervenţie de lungă durată.

Butcher şi Koss (1978) precizează că obiectivele stabilite în acord cu membrii grupului, în cadrul psihoterapiei de grup de scurtă durată, sunt de cele mai multe ori asemănătoare cu cele regăsite în desfăşurarea unei intervenţii individuale, astfel că pot fi enumerate aici: ameliorarea unor simptome disfuncţionale, restabilirea echilibrului emoţional, înţelegerea şi acceptarea mai uşoară a situaţiilor curente de viaţă, inclusiv a celor mai puţin plăcute şi generatoare de stres, toate acestea prin utilizarea unor strategii de adaptare adecvate.

Autorii citaţi evidenţiază şi un alt aspect important al psihoterapiei de grup de scurtă durată, anume *centrarea* pe îndeplinirea obiectivelor stabilite în funcţie de problematica adusă în lucru de către clienţi. Membrii grupului vor putea duce la bun sfârşit îndeplinirea

obiectivelor din terapie ţinând cont de faptul că problemele lor reprezintă punctul principal pentru care au apelat la o astfel de intervenţie.

Abilităţile clienţilor de alegere şi stabilire a obiectivelor sunt într-o strânsă legătură cu intervenţiile terapeutului, care are sarcina de a explora ariile de interes ale acestora, oferindu-le suport şi îndrumare şi mai mult, formulând planuri de acţiune acolo unde este necesar, planuri pe care clienţii să le pună în practică (Butcher şi Koss, 1978).

Terapeutul foloseşte, în psihoterapia de grup de scurtă durată, modalităţi rapide de evaluare a clienţilor şi a problemelor acestora, predominant orizontale şi care uneori necesită alcătuirea unor intervenţii specifice. De asemenea, datorită intervalului scurt de timp în care sunt derulate toate aceste procese, terapeutul are ca sarcină principală stabilirea şi menţinerea unei relaţii terapeutice pozitive, care va fi construită într-o perioadă scurtă.

Din perspectivă sistemică şi socială, cele mai multe probleme pe care le aduce în discuţie un client au ca sursă interacţiunile acestuia cu ceilalţi. Aceste probleme vin de obicei „la pachet" cu o serie de disfuncţionalităţi (cognitive, comportamentale etc.), ele devenind astfel obiectul prezentării clienţilor în cabinetul de psihoterapie. Clientul se simte astfel motivat şi interesat să participe la administrarea unui tratament (terapeutic) cu dorinţa de a reveni la echilibrul de dinaintea „problemei".

Deoarece grupul este considerat tot un sistem (social), clientul devenit membru în cadrul acestuia va putea derula o serie de comportamente în grup împreună cu ceilalţi parteneri, într-un mediu care conferă siguranţă. Membrii grupului pot învăţa felul în care să schimbe modul lor de comportament şi pot conştientiza efectul pe care această schimbare îl are asupra celorlalţi, mai întâi *aici, în grup,* ulterior transferând achiziţiile comportamentale în alte situaţii sociale din afara grupului (acasă, la serviciu, în comunitate etc.). Acest fapt se petrece de obicei repede şi are eficienţă timp îndelungat, pentru cei implicaţi în procesul terapeutic.

În atmosfera grupului şi „apărat" de grup, fiecare membru poate exprima gânduri şi sentimente considerate până atunci ca fiind inaccesibile unei autodezvăluiri, astfel că aceste experienţe emoţionale la care participă subiecţii devin adevăraţi factori declanşatori ai schimbărilor în conduita emoţională, comportamentală şi socială,

precum şi în relaţiile lor interpersonale. Totodată, situaţia de grup îi oferă fiecărui membru al grupului interacţiunea cu mai multe persoane cu care poate să dezvolte relaţii transferenţiale, având astfel posibilitatea de a retrăi şi acţiona asupra unor influenţe şi situaţii semnificative care au existat sau există în viaţa lui.

Feedbackul pe care îl primeşte fiecare membru al grupului de la ceilalţi (inclusiv de la terapeut) face să crească potenţialitatea întregului grup de a pune lucrurile în mişcare şi permite cu adevărat dezvoltarea de noi comportamente flexibile şi adaptative.

Psihoterapia de grup de scurtă durată are o serie de scopuri principale şi generale, dintre care le citãm aici pe cele propuse de Klein în 1985 (citat de Garvin, 1990):

- Reducerea simptomatologiei disfuncţionale — ameliorarea suferinţei produse de problematica pentru care pacientul a venit la psihoterapie;
- Recâştigarea rapidă a echilibrului emoţional al pacientului;
- Încurajarea pacientului de a-şi folosi resursele interioare (creşterea autocontrolului, dezvoltarea conduitei adaptative, restructurarea cognitivă, punerea în practică a schimbărilor comportamentale, conştientizarea şi utilizarea autoajutorării (*selfhelp*), utilizarea achiziţiilor noi pentru creionarea unei integrări sociale eficientizate);
- Încurajarea pacientului de a-şi dezvolta noi capacităţi de înţelegere a stării disfuncţionale în care se află; iniţializarea şi deprinderea unor abilităţi pentru depăşirea unor astfel de stări pe viitor prin utilizarea resurselor descoperite.

Organizarea grupului şi abordarea modalităţii de lucru în cadrul psihoterapiei de grup de scurtă durată cuprinde mai multe aspecte. Pe de o parte, este vorba despre alegerea terapeutului faţă de utilizarea unei maniere structurate şi formale, în care există o agendă clar stabilită pentru întreaga intervenţie (alcătuită pe baza problemelor semnalate de către membrii grupului în cadrul interviului preliminar); pe de altă parte, problematica poate fi abordată într-o manieră nestructurată (denumită şi informală), în care travaliul grupului este determinat de interacţiunile care apar în interiorul acestuia (Garvin, 1990).

Aceste două moduri de abordare prezintă diferenţe clare şi în practica terapeutică vom observa că de cele mai multe ori există o îmbinare între ele, totodată, fiind detectată o amprentă mai puternică

a uneia dintre ele, în funcţie de mai mulţi factori: obiectivele membrilor care alcătuiesc grupul, nivelul de interacţiune şi coeziune dintre aceştia, resursele membrilor grupului, configuraţia proprie a grupului şi un anumit model al relaţiilor interpersonale.

Poey (1985) arată că există mai multe categorii de psihoterapie de grup de scurtă durată; astfel autorul consemnează:

- Psihoterapia de grup de scurtă durată pentru situaţii de criză — aceasta se centrează pe rezolvarea problemelor semnalate de membrii grupului în mod direct;
- Psihoterapia de grup de scurtă durată, de tip maraton — aceasta presupune accelerarea interacţiunilor dintre membrii grupului pe parcursul unui weekend;
- Psihoterapia de grup de scurtă durată ce propune o direcţie deschisă sau una închisă (grup închis, cu aceiaşi membri sau grup deschis, la care pot participa de fiecare dată alte persoane) pentru pacienţii cu schizofrenie;
- Psihoterapia de grup de scurtă durată centrată pe topic — această formulă este utilizată pentru abordarea unor teme precum antrenamentul asertiv, discuţia despre stima de sine etc. În această situaţie, psihoterapia de grup se împleteşte cu mijloace de psihoeducaţie pentru a le facilita componenţilor grupului înţelegerea teoretică a unor concepte, dar şi punerea în practică prin exerciţii relevante a acestora.

Administrarea grupului în cadrul intervenţiei de scurtă durată

Psihoterapeutul este cel investit să ia deciziile atunci când vine vorba despre compoziţia grupului, siguranţa membrilor, facilitarea parcurgerii stagiilor de dezvoltare, toate acestea fiind făcute în funcţie de scopurile psihoterapiei de grup de scurtă durată. Altfel spus, compoziţia, structura şi funcţionarea grupului terapeutic sunt stabilite de psihoterapeutul care organizează grupul (MacNair-Semands, 2002). Compoziţia grupului are în vedere numărul, vârsta, sexul şi nivelul socio-cultural şi intelectual al membrilor, prezenţa unor afecţiuni psihice etc. Funcţionarea grupului de psihoterapie de scurtă durată are în vedere locul, frecvenţa, durata şi modalitatea de

desfăşurare a şedinţelor (structurată sau nestructurată, modalitate compozită).

Claritatea scopului psihoterapiei, care este stabilită de la bun început, le va permite membrilor grupului să înţeleagă faptul că obiectivele pe care şi le-au propus sunt cele care vor fi urmărite fără alte divagări, acest lucru fiind esenţial atunci când există o limitare în timp. Durata acordată fiecărei întâlniri variază în funcţie de modalitatea de abordare; astfel, pentru o agendă clar structurată, o şedinţă se va desfăşura într-un interval de timp de 90 de minute sau 120 de minute. Acest timp îi permite terapeutului să prezinte o nouă deprindere (sau abilitate) şi modul în care se modelează un comportament pentru a permite utilizarea acestei noi deprinderi (cognitivă, comportamentală, interpersonală etc.). Totodată, în acest interval de timp, membrii grupului vor practica în grup abilitatea de care au luat cunoştinţă, primind feedback de la ceilalţi interlocutori şi oferindu-l la rândul lor. La finalul întâlnirii, membrilor grupului le vor fi propuse teme (sarcini) pentru acasă de către terapeut, aceste sarcini venind ca o continuare a punerii în practică a achiziţiilor (abilităţi, comportamente etc.) lucrate în cadrul întâlnirii respective.

Abordarea mai puţin structurată (sau nestructurată) este cea care se adresează mai degrabă interacţiunilor dintre membrii grupului ce se desfăşoară „aici şi acum" şi mizează pe relaţiile construite ad hoc între aceştia. Abordarea mai puţin structurată se poate desfăşura într-un interval de timp mai scurt, de 75 până la 90 de minute. Numărul membrilor grupului va influenţa de asemenea durata unei întâlniri, astfel că un număr mic de oameni (5–8 persoane) va putea lucra mai bine pe parcursul a 120 de minute, fiecare având alocat un interval de timp mulţumitor, faţă de un grup format din 12 persoane care riscă să depăşească durata stabilită iniţial.

Capacitatea de atenţie şi implicare a membrilor unui grup este influenţată de vârsta şi de starea lor fizică şi mentală. Spre exemplu, în cazul grupurilor formate din copii sau al grupurilor în care există persoane cu patologii psihotice (acestea din urmă desfăşurându-se în mediul spitalicesc, în ambulatoriile de specialitate) este bine de ştiut faptul că atenţia şi posibilitatea practică de participare la o astfel de întâlnire a unui subiect nu pot depăşi un interval de timp de 45 de minute.

Pe de altă parte, s-a constatat că pentru persoanele situate într-un cadru nonclinic, care sunt deschise spre participarea la o psihoterapie

de grup, experimentarea unor comportamente care le ajută din punct de vedere individual şi social, şi automat atenţia, concentrarea şi implicarea activă, toate acestea pot fi derulate cu mare eficienţă în cadrul unor întâlniri care pot să dureze chiar şi o zi întreagă, cu pauzele aferente (Garvin, 1990).

Selecţia şi pregătirea clienţilor pentru psihoterapia de grup de scurtă durată

Selecţia şi pregătirea clienţilor pentru participarea la un grup de psihoterapie de scurtă durată se face printr-un interviu preliminar desfăşurat de terapeut cu fiecare client în parte. În cadrul interviului, informaţiile surprinse îi permit terapeutului evaluarea oportunităţii de participare a individului într-un astfel de grup, pornind de la dorinţa liber exprimată de acesta şi trecând prin elemente legate de fostele experienţe trăite de fiecare persoană (fie participări la alte grupuri de terapie sau de dezvoltare personală, fie implicarea într-un proces terapeutic individual). De asemenea, psihoterapeutul poate investiga motivaţia individului, abilitatea acestuia de a interacţiona în grup, disponibilitatea de a se conforma programului grupului, expectaţiile faţă de reacţiile emoţionale şi comportamentale pe care crede că le va trăi în cadrul grupului.

O altă parte a interviului este dedicată explorării de către terapeut, împreună cu potenţialul membru al grupului, a problemelor specifice pe care acesta le aduce în lucru, fapt care va ajuta terapeutul să stabilească şi să rafineze obiectivele generale ale grupului. Dacă aceste probleme şi obiective aferente, individuale, sunt clar delimitate încă de la început cu fiecare dintre participanţi, ulterior, odată grupul format, avându-se în vedere şi limitarea sa în timp, demararea travaliului va avea loc mult mai repede în cadrul unei structuri clar formulate.

Cu toate acestea, terapeutul va fi conştient şi pregătit în raport cu faptul că oricare dintre membrii grupului îşi poate reorganiza sau schimba problemele şi obiectivele în momentul în care este confruntat cu realitatea şi relaţiile interpersonale care se vor derula în grup. Garvin (1990) precizează că membrii unui grup sunt mulţumiţi

de participarea lor şi a celorlalţi colegi, şi mai ales doresc să facă parte din respectivul grup, dacă:

- Indivizii consideră că în grupul respectiv se regăsesc o serie de nevoi comune — ceea ce atrage stabilirea de obiective comune pentru membrii grupului;
- Relaţiile dintre membrii grupului, desfăşurate pe parcursul întâlnirilor, le aduc acestora satisfacţie, încredere şi plăcere;
- Clienţii se simt bine când participă împreună la realizarea unei sarcini în grup;
- Clienţii se simt încrezători şi satisfăcuţi că formează acel grup, un loc de siguranţă pentru ei în raport cu lumea exterioară.

Yalom (2008) sugerează că pregătirea clienţilor pentru participarea la psihoterapia de grup începe cu identificarea şi corectarea miturilor şi prejudecăţilor pe care aceştia le au în legătură cu terapia de grup. Autorul explică faptul că cele mai bune rezultate se obţin atunci când un membru al grupului este sincer şi reuşeşte să îşi exprime sentimentele faţă de ceilalţi membri ai grupului şi faţă de terapeut. De asemenea, Yalom subliniază, în acord cu mulţi alţi terapeuţi şi cercetători, faptul că nicio persoană nu trebuie forţată să vorbească sau să dezvăluie o situaţie personală, un eveniment sau anumite sentimente atunci când nu doreşte să facă acest lucru în cadrul grupului psihoterapeutic.

Pregătind participarea clienţilor la un grup, terapeutul poate include şi le poate oferi acestora o listă de informaţii şi reguli care fac referire la confidenţialitate, punctualitate şi modalitatea de lucru. O altă manieră de prezentare şi pregătire a clienţilor poate fi realizată printr-un sistem de workshopuri structurate, desfăşurate înainte de începerea efectivă a psihoterapiei de grup.

Workshopul are de obicei o durată de trei ore, în care clienţii au ocazia să experimenteze *cum este să participi efectiv la un grup*, fapt care le va oferi un fundament pentru luarea deciziei în legătură cu participarea la un astfel de demers. Pregătirea clienţilor pentru psihoterapia în grup reduce de altfel numărul de abandonuri ulterioare şi ameliorează calitatea participării subiecţilor la şedinţele grupului. Compoziţia grupului are o influenţă directă asupra evenimentelor care se desfăşoară pe parcursul intervenţiei psihoterapeutice, iar în acest sens nivelul de eterogenitate sau omogenitate este unul extrem de important.

Bertcher şi Maple (1985) oferă o serie de caracteristici, altfel spus de atribute descriptive şi comportamentale pe care trebuie să le aibă în vedere terapeutul în momentul formării grupului, din care enumerăm aici câteva: vârsta, sexul, nivelul sociocultural, predispoziţia de a vorbi despre sine, comportamente agresive, comportamente prietenoase, deschise sau dimpotrivă, comportamente bizare.

Un alt expert în psihoterapia de grup, Irving Yalom (2008), atrage atenţia asupra condiţiei coeziunii (sentimentul apartenenţei la grup) ca fiind una dintre cele mai importante achiziţii atunci când vine vorba despre efectele travaliului în psihoterapia de grup. Coeziunea este un fenomen important în psihoterapia de grup, fiind un factor facilitator al activităţii intense a membrilor grupului, care se poate traduce prin autodezvăluiri profunde, explorări ale sinelui, introspecţii, adoptarea unor comportamente sanogene niciodată folosite de către subiecţi până la momentul respectiv, toate acestea conducând la obţinerea de schimbări în viaţa subiecţilor. Corey (1997), MacKenzie (2001), Rutan şi Stone (2001) sugerează că, în ceea ce priveşte coeziunea, cu toate că este vorba despre un element necesar, pozitiv, aceasta nu este suficientă pentru atingerea obiectivelor propuse.

Coeziunea reprezintă un element de dezvoltare a procesului terapeutic în sine şi poate fi considerată un ingredient de bază în supravieţuirea grupului. Există o serie de condiţii care stau la baza dezvoltării şi întăririi coeziunii în cadrul grupului de psihoterapie, Corey şi Corey (1997) menţionându-le pe următoarele:

- Dezvoltarea coeziunii care pleacă de la sentimentele membrilor grupului în legătură cu măsura în care simt siguranţă şi în care pot avea încredere unii în alţii. Realitatea muncii în grup arată că este foarte important ca membrii grupului să se simtă în siguranţă înainte de a face autodezvăluiri despre viaţa lor personală.
- Definirea clară a obiectivelor individuale şi a celor de grup. Fiecare grup are specificul său, iar similarităţile între obiectivele membrilor grupului vor face ca interacţiunea dintre aceştia să fie mai uşor de produs şi dezvoltat.
- Încurajarea participării active pentru fiecare membru al grupului. Cu toate că există păreri care susţin că o persoană din grup, care păstrează tăcerea şi care nu se implică în

activitățile de grup, poate beneficia totuși de experiență în mod autentic, este mai puțin probabil, din perspectiva elementului coeziune, ca acest lucru să fie unul potrivit pentru ceilalți membri ai grupului, care adoptă o poziție activă.

- Crearea unor conexiuni și interacțiuni directe, *aici și acum*, în cadrul grupului. În acest fel, membrii grupului își pot asuma o responsabilitate colectivă în ceea ce privește modalitatea și direcția de lucru activă în grup. Cu cât există mai multă implicare din partea fiecărui membru al grupului față de ceilalți colegi, punând întrebări, oferind oglinzi și feedback, cu atât șansa creșterii coeziunii va deveni mai reală (Ormont, 1990).
- Abordarea conflictelor în grup. În orice grup va exista la un moment dat un conflict, acesta reprezentând o parte a procesului terapeutic. Membrii grupului vor avea sarcina de a învăța și de a căuta modalitatea prin care să rezolve situațiile conflictuale. Este lesne de înțeles că, în ceea ce privește conflictul, acesta nu apropie oamenii, ci creează o barieră, îndepărtând astfel elementul de coeziune. După ce are loc soluționarea conflictului, este interesant de observat felul în care indivizii reacționează în cadrul grupului, unii dintre ei (chiar protagoniști ai situației conflictuale) devenind chiar mai apropiați decât erau înainte (Fehr, 2003).
- Interesul față de experiențele de viață ale membrilor grupului. Dacă membrii grupului sunt interesați și atrași de experiențele de viață ale celorlalți, atunci nivelul de coeziune va fi întărit. Membrii grupului vor deveni dornici de a se afla în compania celorlalți, pentru a putea împărtăși mai mult din experiențele acestora.
- Onestitatea și deschiderea față de gândurile și sentimentele persoanelor din grup. Ambele sunt părți ale coeziunii dintr-un motiv simplu: atât cognițiile, cât și sentimentele trecute sub tăcere de către o persoană din grup față de un alt membru al grupului vor conduce la neasumare (pentru prima) și, ca atare, la o fragmentare a relațiilor interpersonale (pentru cei aflați în acest context).

Terapeutul are sarcina de a încuraja onestitatea, deschiderea verbală și interacțiunea între membrii grupului prin utilizarea unui feedback constructiv, atât pozitiv, cât și negativ, toate acestea sporind

şansele dezvoltării coeziunii, fapt care poate fi ulterior trăit de participanţii la grup ca o experienţă plină de beneficii.

Modalitatea de lucru în cadrul grupului psihoterapeutic de scurtă durată începe, aşadar, cu decizia membrilor în privinţa problemelor pe care doresc să le lucreze într-un astfel de cadru, unul dintre scopuri fiind acela de ameliorare a acestora; aminteam că, după interviul preliminar, clienţii, la întâlnirea cu grupul, şi-ar putea schimba problemele şi implicit obiectivele de lucru stabilite în cadrul screeningului.

Poey (1985, citat de Garvin, 1990) atrage atenţia asupra faptului că acest lucru poate fi socotit ca una dintre cele mai mari provocări în psihoterapia de grup de scurtă durată, anume *atenţia şi rapiditatea cu care atât membrii grupului, cât şi terapeutul trebuie să conceptualizeze şi să transforme simptomatologia* (semnalată de fiecare membru în parte) în teme concentrate, de lucru comun, stabilind astfel obiectivele de grup. Acest lucru s-ar putea să nu se întâmple atunci când grupul beneficiază doar de un număr mic de întâlniri.

Modalitatea de lucru încorporează, totodată, explicaţiile oferite de către terapeut asupra unor concepte precum autodezvăluirea, deschiderea spre a oferi şi a primi feedback, crearea relaţiilor interpresonale bazate pe respect şi întrajutorare, iar operaţionalizarea acestora, împreună cu membrii grupului, va fi efectuată prin antrenarea subiecţilor în participarea la exerciţiile concepute de către terapeut în acest sens.

Obiectivele psihoterapiei de grup de scurtă durată sunt construite de obicei în jurul aspectelor care urmăresc câştigarea rapidă şi eficientă (sau recâştigarea) a unei funcţionalităţi cât mai armonioase a clienţilor. Pentru acest lucru terapeuţii nu se vor angaja în evaluări complexe ale membrilor grupului, *intervenţiile rapide, de scurtă durată fiind îndreptate spre îndeplinirea obiectivelor*, sau altfel spus, spre atingerea scopurilor.

În acest fel, comportamentele problematice sunt examinate în termeni direcţi de tipul: „Cum?", „Când? şi „Unde se manifestă?" Astfel sunt relevate pe de o parte resursele pe care clientul le deţine, strategiile pe care le-a utilizat şi care au dat rezultate, iar pe de altă parte, sunt identificate obstacolele, limitele, deficitele care pot fi restructurate într-un mod constructiv. Gradul de înţelegere pe care îl are fiecare subiect în legătură cu problematica sa este un atu important şi trebuie surprins cu acuitate de către terapeut, mai ales

când se vor propune tehnici de rezolvare a problemei. De asemenea, terapeutul are un rol important în validarea şi accelerarea dezvoltării încrederii între membrii grupului, acest fapt contribuind la obţinerea unor rezultate optime la finalul intervenţiei psihoterapeutice de scurtă durată (Garvin, 1990).

În ceea ce priveşte experienţa cu membrii grupului, pe parcursul travaliului psihoterapeutic de scurtă durată, este necesară din partea terapeutului o poziţie predominant pozitivă şi explicativă, în legătură cu ambivalenţa sentimentelor pe care clienţii o trăiesc de cele mai multe ori în grup. Clienţii fie au sentimente pozitive care se asociază speranţei de rezolvare a problemelor pentru care au venit, fie nutresc o pleiadă de gânduri negative ce cuprind îngrijorarea faţă de reacţia celorlalţi membri ai grupului, posibilitatea de a nu fi plăcuţi sau acceptaţi etc. În acest sens terapeutul va proceda la accentuarea beneficiilor şi va reconfirma şi valida mediul de siguranţă şi confidenţialitate în care se derulează lucrul în grup, atunci când sunt exprimate aceste îngrijorări (de către membrii grupului).

Există anumite strategii pe care terapeuţii le utilizează în lucrul cu membrii grupului psihoterapeutic de scurtă durată, pe parcursul stadiului de mijloc (sau a stadiului 3)*, acestea cuprinzând abordări structurate sau nonstructurate, aplicarea de procedee sau metode specializate, utilizarea optimă a climatului de grup.

Klein (1985) propune o abordare strategică structurală în care rolul terapeutului, în cadrul unui grup văzut ca sistem deschis, este de a monitoriza relaţia care se conturează între sarcina grupului şi structurile ce o compun. Acest fapt se traduce printr-o serie de condiţii, din care putem aminti aici: utilizarea anumitor tipare de comunicare, utilizarea unor comportamente, împărţirea pe subgrupuri sau rolurile adoptate de membrii grupului. Terapeutul va viza astfel schimbarea acestor tipare de comunicare prin introducerea unor activităţi noi, în care membrii grupului să utilizeze alte mijloace (exemplu: nonverbale, paraverbale), sau prin întărirea pozitivă adresată membrilor grupului atunci când utilizează noi tipare de comportament, fie prin centrarea atenţiei membrilor grupului pe tiparele lor disfuncţionale, fie prin propunerea şi utilizarea

* Stadiul 1: adaptarea; stadiul 2: faza de reacţie şi apariţia conflictului; stadiul 3: coeziunea şi apropierea prin atracţie; stadiul 4: maturizarea şi cooperarea; stadiul 5: încheierea (după Fehr, 2003).

unor teme pentru acasă (configurate de terapeut în acord cu clienții), care să mizeze pe rezolvarea de probleme.

În psihoterapia de grup de scurtă durată, terapeuții utilizează două procedee (metode), anume: desemnarea de sarcini şi implementarea acestora şi modalitatea de rezolvare a problemelor. Desemnarea de sarcini şi implementarea au la bază ideea conform căreia, în momentul în care un client şi-a ales o problemă în cadrul terapiei pe care doreşte să o rezolve şi a stabilit obiectivele necesare, el poate proceda la divizarea problemei pe bucăți şi la rezolvarea acestora rând pe rând. În cadrul grupului psihoterapeutic, membrii se pot ajuta unii pe alții în divizarea sarcinilor asumate, prin similaritatea existentă de multe ori în astfel de circumstanțe. Pentru acelaşi motiv, membrii grupului îşi pot oferi sugestii în legătură cu felul în care să acționeze pentru îndeplinirea sarcinii respective. Grupul poate fi considerat de asemenea ca un laborator în care membrii acestuia pot realiza sarcinile (sau părți de sarcini) şi în care pot primi un feedback imediat unul de la celălalt.

Desemnarea de sarcini este asemănătoare cu practica utilizării temelor pentru acasă pe care terapeuții le-o propun clienților, membrilor grupurilor, între întâlnirile programate la un anume interval de timp (săptămânale, bilunare etc.). Diferența constă în faptul că alocarea de sarcini, divizarea acestora se face *în mod reciproc* între membrii grupului, fiecare folosindu-se mutual de acest procedeu, rezultatele îndeplinirii sarcinilor fiind discutate ulterior în grup.

În ceea ce priveşte orientarea soluționării *aici şi acum* în cadrul psihoterapiei de grup de scurtă durată care utilizează *procedeul rezolvării de probleme* este de multe ori necesar ca terapeutul să-i îndrume pe membrii grupului spre identificarea şi înțelegerea acestei proceduri şi a modalității în care aceasta poate fi practicată de fiecare persoană.

Garvin (1990, pp. 529–560) sugerează principalii paşi pe care trebuie să-i urmeze membrii grupului atunci când vor să folosească acest procedeu:

1. Problema este descrisă în detaliu.
2. Membrii grupului decid dacă o astfel de procedură (rezolvarea de probleme) poate fi utilizată în legătură cu problema descrisă.
3. Sunt specificate obiectivele care pot fi îndeplinite prin procedeul amintit (rezolvarea de probleme).
4. Membrii grupului caută să afle dacă informațiile pe care le au îi pot ajuta atât să genereze soluții posibile, cât şi să le evalueze.

5. Se alege una dintre variante (o soluţie).

6. Se planifică felul în care soluţia aleasă va fi utilizată (se construieşte un plan şi se delimitează un interval de timp în care acesta să fie pus în aplicare).

7. După aplicarea planului fiecare membru al grupului poate relata (în cadrul grupului) ce s-a întâmplat şi poate primi feedback de la ceilalţi colegi în legătură cu rezultatele înregistrate.

Climatul de grup

Pentru a facilita travaliul în cadrul psihoterapiei de grup de scurtă durată, terapeutul se va concentra de asemenea asupra menţinerii unui climat în care membrii grupului să vorbească liber şi să fie gata să-şi asume o serie de riscuri. De exemplu, o oportunitate este, în acest sens, momentul în care unul dintre membrii grupului întârzie fără să anunţe (regulile punctualităţii şi a anunţurilor legate de întârzieri sau de neparticipare la şedinţă fiind stabilite de membrii grupului în prealabil). Dacă membrii grupului nu vor acorda atenţie acestui tip de comportament, terapeutul o va întreba pe persoana care a întârziat ce are de gând să facă în legătură cu acest obicei. Persoana respectivă (care a întârziat) poate răspunde că nu ştie ce să facă, moment în care terapeutul o poate confrunta, întrebând-o dacă îi pasă cu adevărat de ceea ce s-a întâmplat. Această discuţie va conduce de cele mai multe ori la o intervenţie de grup, care va puncta importanţa respectului faţă de membrii şi munca grupului, respect care reprezintă o condiţie de bază în orice formă de psihoterapie.

Stilul terapeutului care lucrează în cadrul intervenţiilor de grup de scurtă durată coincide cu unul dintre factorii care promovează succesul unor astfel de grupuri, anume acela de a fi extrem de activ. Aflat în permanenţă sub condiţia *limitării în timp*, terapeutul va pune întrebări în mod frecvent, va face sugestii, va oferi scurte interpretări şi va prescrie o serie de exerciţii specifice.

O altă caracteristică a terapeuţilor care lucrează în intervenţiile de grup de scurtă durată este abilitatea lor de a facilita formarea rapidă de *relaţii pozitive cu şi între membrii grupului*, totodată de a le oferi acestora modele de comportament, atunci când un astfel de lucru este benefic înţelegerii unor situaţii sau evenimente.

În cadrul grupurilor structurate de scurtă durată, se utilizează o serie de strategii adiţionale împreună cu cele menţionate anterior, astfel încât pe agenda fiecărei şedinţe pot fi stabilite o serie de obiective de natură psihoeducaţională. Pot fi introduse astfel discuţii asupra unui anumit subiect, care se conturează din experienţa membrilor grupului sau pe care aceştia doresc să îl aprofundeze, scurte lecturi, exerciţii şi simulări.

În funcţie de terapeut, acest plan (agenda de lucru) pentru o şedinţă poate fi urmat în mod rigid sau poate fi flexibilizat în raport cu cererile membrilor grupului. În funcţie de natura grupului, scopul abordării structurate este de a-i ajuta pe membrii grupului să-şi îmbunătăţească fie abilităţile sociale (să se comporte asertiv, să comunice mai bine, să facă faţă stresului), fie pe cele orientate spre îndeplinirea de sarcini (să găsească resursele şi abilităţile prin care pot alege sarcinile care să îi ajute la îndeplinirea obiectivelor propuse). În cadrul grupurilor psihoterapeutice de scurtă durată care au o abordare comportamentală, abilităţile urmărite vor fi cele care se adresează creşterii sau descreşterii utilizării anumitor comportamente de către membrii grupului, în funcţie de problemele aduse în terapie.

Un exemplu oferit de Garvin (1987b, 1990) pentru o a doua şedinţă de grup, în situaţia unei psihoterapii de scurtă durată de grup orientată spre îndeplinirea de sarcini, care li se adresează pacienţilor cu tulburări psihiatrice (internaţi în unităţile spitaliceşti) în scopul antrenării acestora în activităţi productive este următorul:

- Dezvoltarea obiectivelor individuale prin identificarea felului în care pacientul ar vrea să-şi petreacă timpul în continuarea programului care a fost stabilit în cadrul primei şedinţe de grup.
- Perioada de răgaz: după ce au identificat obiectivele de mai sus, pacienţii pot să participe la un exerciţiu de tipul jocului cu întrebări şi răspunsuri (de exemplu, să numească trei obiecte care sunt necesare în cadrul unui meci de fotbal etc.).
- Evaluarea şedinţei: discuţii asupra sentimentelor şi gândurilor despre grup ale fiecărui pacient şi despre felul în care se desfăşoară activitatea în cadrul acestuia. Se stabileşte planul de lucru pentru următoarea şedinţă şi se reamintesc obiectivele identificate.

- Agenda este construită de către terapeut pe baza evaluării capacităților pacienților, a scopului principal al constituirii grupului și al timpului pe care fiecare activitate propusă îl necesită în contextul respectiv.

Modalitatea de lucru nestructurată se adresează grupurilor în care terapeutul îi ajută pe membrii acestuia să-și atingă scopurile printr-un proces socotit ca fiind aparent „întâmplător". În fapt, punctul principal este cel care se adresează modului în care membrii grupului *percep* că sunt influențați sau afectați și influențează (sau afectează) la rândul lor procesele care se produc în grup, acest lucru ajutându-i să găsească noi comportamente care le vor fi de folos, ulterior, în situațiile sociale.

O abordare nestructurată se poate adresa și grupurilor în care există obiective bine determinate (similare între membrii grupului) și poate avea ca țintă persoane care utilizează procedeul de rezolvare de probleme în mod obișnuit, motivația acestora pentru a-și rezolva mai curând problemele interpersonale fiind una puternică.

Încheierea intervenției psihoterapeutice de grup de scurtă durată

Particularitatea limitării în timp a intervenției psihoterapeutice de grup de scurtă durată atrage după sine și discuția despre momentul încheierii demersului și despre prevenirea recăderilor, aspect care este urmărit pe tot parcursul terapiei. În opinia lui Garvin (1990), tema încheierii psihoterapiei de grup de scurtă durată cuprinde o „radiografie" a sarcinilor pe care grupul le-a avut de îndeplinit în perspectiva contextului limitat în timp, operațiune care se desfășoară de obicei în ultimele ședințe, astfel:

- Membrii grupului vor realiza o evaluare a nivelului la care au ajuns în cazul îndeplinirii obiectivelor pe care le-au identificat și propus împreună cu terapeutul, la începutul intervenției de scurtă durată. Această evaluare poate căpăta aspectul unei discuții calitative sau a uneia cantitative, pentru cea de-a doua fiind folosită completarea unor instrumente de specialitate (Garvin, 1987a). Totodată, membrii grupului pot apela la familie, la colegii de serviciu, la

prieteni, per total la persoane semnificative din afara grupului, care să le poată oferi informații despre progresul lor (perceput de către aparținători etc.), iar aceste chestiuni vor fi discutate în cadrul grupului.

- Membrii grupului vor evalua experiența de grup ca atare și vor acorda atenție atât aspectelor care le-au fost de real ajutor, cât și celor care nu le-au adus beneficii. Aceste informații au menirea de a-i ajuta pe membrii grupului să înțeleagă care au fost resursele și soluțiile personale ce au facilitat progresul, pentru a le putea utiliza cu succes în continuare. Dacă acest procedeu este utilizat în cadrul fiecărei ședințe, evaluările îi sunt de folos și psihoterapeutului, care le va putea implementa în structurarea planului și agendei de lucru realizate în cadrul intervenției terapeutice. De asemenea, terapeutul va cere (periodic și la final) o evaluare a activității sale, această condiție fiind una obligatorie pentru travaliul desfășurat împreună cu membrii grupului.
- Membrii grupului vor discuta în această etapă despre pașii următori. Aici sunt incluse atât planurile de viitor (ce cuprind educarea membrilor grupului în legătură cu utilizarea procedeelor și/sau a tehnicilor de lucru însușite, repetarea comportamentelor sanogene etc.), cât și utilizarea resurselor care au fost câștigate în lucrul cu ceilalți membri ai grupului.
- Membrii grupului vor discuta despre sentimentele pe care le trăiesc în legătură cu încheierea psihoterapiei de grup de scurtă durată. Aceste sentimente acoperă o paletă vastă: de la polaritatea pozitivă, unde vor fi reflectate emoții plăcute, care sunt pliate pe conștientizarea aportului benefic adus de participarea la grupul respectiv, și îndeplinirea obiectivelor stabilite până la polaritatea negativă, unde este inclusă, spre exemplu, tristețea rezultată în legătură cu despărțirea de ceilalți membri ai grupului și chiar de terapeut. Terapeutul are sarcina să recunoască și să valideze aceste trăiri și să adreseze încurajări membrilor grupului de a-și exprima în mod deschis trăirile.
- Putem sublinia, pe baza experienței noastre acumulate în astfel de intervenții de grup, că terapeutul, la rândul său își poate exprima sentimentele de regret cu privire la încheierea acestui travaliu, chiar dacă a fost unul de scurtă durată.

Acestea nu sunt însă umbrite de sentimentele de bucurie şi satisfacţie înregistrate faţă de schimbările produse la fiecare membru al grupului şi de climatul de cele mai multe ori intens pozitiv în care s-a desfăşurat întreaga activitate a grupului.

În evaluarea intervenţiilor psihoterapeutice de grup de scurtă durată referitoare la un item extrem de important, anume eficienţa rezultatelor la încheierea demersului terapeutic, s-a observat că, prin compararea cu terapiile individuale sau desfăşurarea psihoterapeutică de grup de lungă durată, nu s-au raportat diferenţe ale rezultatelor (Klein, 1985, p. 311, citat de Garvin, 1990, p. 534). În opinia unui autor precum Poey (1985), care citează atât studii derulate de Budman, Randall şi Denby (1981), cât şi pe cele desfăşurate în cadrul Universităţii din Massachusetts, Serviciul de Sănătate Mentală, rezultatele acestora arată că *schimbarea are loc*, mai ales *are loc cu succes* la clienţii şi pacienţii care participă la o psihoterapie de scurtă durată de grup.

După cum s-a putut observa pe parcursul acestui capitol, o parte dintre principalele probleme cu care se confruntă acest tip de intervenţie din perspectiva stabilirii cadrului de lucru sunt cele legate de variaţia numărului de şedinţe şi de modalitatea construcţiei activităţii terapeutice, realizată într-un mod structurat sau nonstructurat.

Ca modalitate complexă de intervenţie, psihoterapia de grup de scurtă durată trebuie analizată împreună cu celelalte abordări psihoterapeutice, urmărindu-se cu atenţie nu numai eficienţa rezultatelor înregistrate, ci şi o serie de termeni precum problemele şi caracteristicile clienţilor care se adresează unei astfel de intervenţii, compoziţia grupului, dar şi strategiile, metodele şi procedeele propuse şi folosite de către terapeut, toate fiind subsumate atingerii obiectivelor stabilite de clienţi.

7.3. Intervenții de scurtă durată: trainingul abilităților sociale în grup

Sheldon Rose (1990) afirmă că trainingul abilităților sociale desfășurat în grup a devenit în scurt timp un program terapeutic și educațional complex. Autorul citat menționează că multe persoane întâmpină greutăți și inconveniente atunci când vine vorba despre relațiile interpersonale și viața socială în general. Trainingul abilităților sociale are rolul de a crește nivelul de competență al clienților într-o multitudine de interacțiuni cu ceilalți indivizi, toate acestea petrecându-se în mediul social.

Expresia „abilități sociale" se referă la capacitatea subiectului de a utiliza o serie de comportamente verbale și nonverbale, care în fapt, combinate, reprezintă modalitățile de reacție efectivă a subiectului în situațiile sociale. Unele persoane pot face față din punct de vedere social unor situații și evenimente (spre exemplu, o persoană poate participa la un dineu după o conferință), dar puse în fața *unor altfel de situații* sau evenimente (participarea la dineu înseamnă însă că persoana în cauză va ține un discurs de mulțumire adresat organizatorilor conferinței), renunță sau clachează efectiv. De altfel, fiecare situație socială prezintă o serie de caracteristici care cer un anume tip de răspuns, capacități considerate a fi eficiente atunci când ajută subiectul să rezolve problema, să-și atingă țelul fără a încălca sau prejudicia drepturile celorlalți oameni.

Antrenamentul abilităților sociale este orientat atât înspre învățarea de noi comportamente care să permită adecvarea la o situație socială, cât și înspre procesul de armonizare a acestor noi comportamente cu cele pozitive, deja existente la un individ. Antrenamentul abilităților sociale poate fi utilizat de asemenea ca modalitate de eliminare sau modificare a comportamentelor disfuncționale care vin să interfereze cu atingerea obiectivelor personale (Rose, 1987). În cadrul acestui tip de training, achiziția specifică a abilităților sociale joacă de multe ori rolul unei metode de rezolvare a problemelor. Altfel spus, putem vorbi despre un astfel de program de training ca despre un antrenament ce ajută clientul într-o primă fază să dezvolte un repertoriu nonverbal, care merge de la păstrarea contactului vizual cu interlocutorul, la utilizarea unei tonalități vocale plăcute și a unui volum adecvat, de intensitate potrivită, și până la modularea

vocii care însoţeşte discursul verbal, aceste capacităţi putând fi folosite de către subiecţi într-o mare varietate de situaţii atât sociale, cât şi individuale. De asemenea, un astfel de program de training va ajuta clientul la optimizarea relaţiilor sale pe termen lung în ceea ce priveşte cariera personală şi situaţia familială.

Trainingul abilităţilor sociale are ca fundament ideatic teoretic ceea ce astăzi este cunoscută ca teoria învăţării sociale a lui Bandura (1977). Această teorie susţine că cele mai multe comportamente sociale ale oamenilor sunt învăţate, desigur excepţia de la regulă fiind reacţiile reflexe elementare. Experienţele de învăţare ale unei persoane pot fi directe sau prin observarea experienţei unui alt individ, ceea ce la un moment dat va duce la o recompensă, în anumite circumstanţe.

Teoria învăţării sociale include mecanismele care stau la baza învăţării observaţionale: mecanismul atenţional, mecanismul de memorare, reproducerea motorie şi procesul motivaţional. Mecanismul atenţional reprezintă un punct important care se adresează caracteristicilor observatorului şi, respectiv, ale persoanei care este observată, altfel spus, tuturor elementelor care ţin de distragerea atenţiei, dar şi de stimulii competitivi care influenţează în variate moduri asimilarea şi reţinerea informaţiei.

În cadrul procesului de memorare, pentru reproducerea comportamentului de învăţat, individul trebuie să codifice informaţia în cadrul memoriei de lungă durată. Clienţii îşi vor aminti şi vor reproduce un comportament pe care l-au văzut la modelator, dacă deţin informaţii-cheie care să-i ajute să-şi amintească ceea ce au văzut. În cadrul reproducerii motorii, clientul care observă trebuie să deţină capacitatea fizică şi psihică necesară reproducerii comportamentului modelat. În această situaţie, prezenţa unor abilităţi motorii, mecanice, ca preachiziţii, la clienţii observatori le va permite acestora o reproducere mai adecvată.

Cel de-al patrulea proces este cel motivaţional, care depinde atât de consecinţele observării comportamentului modelat, cât şi de sistemul de valori pe care persoana în cauză îl introduce în răspunsul său. Dacă rezultatul acestui comportament de modelare este pozitiv şi se află în acord atât cu valorile modelatorului, cât şi cu cele ale clientului observator, atunci comportamentul va fi cu atât mai mult reprodus.

Trainingul abilităţilor sociale este un program care încorporează principiile mai sus menţionate, conferindu-le un set de strategii care

au ca principal scop optimizarea probabilităţii de învăţare a capacităţilor sociale, aşa cum sunt ele convenite între client şi terapeut. În organizarea acestui tip de program, care este considerat ca fiind unul de scurtă durată, se va ţine cont de numărul de şedinţe, de durata acestora şi de contextul tratamentului. Cercetările de specialitate, aşa cum sunt ele evocate de Sheldon Rose (1990), au raportat utilizarea unor programe care cuprind de la o şedinţă (pentru un anumit comportament) până la opt şedinţe. În cazul mai multor disfuncţionalităţi comportamentale, este necesară instituirea unui program de mai lungă durată. De asemenea, o serie de studii (din care Rose le citează pe cele ale lui Kendall, 1982; Linehan, Walker, Bronheim, Haynes şi Yevzeroff, 1979) au demonstrat că trainingul abilităţilor sociale în cadrul grupurilor este echivalent ca eficienţă, şi uneori chiar cu eficienţă mai mare, decât abordările de tip diadă.

În cazul trainingului desfăşurat în grup, este posibil ca prin punerea în practică a strategiilor pentru îmbunătăţirea funcţionării sociale, fiecare membru să primească un feedback rapid din partea celorlalţi membri ai grupului şi astfel să-şi sporească eficienţa individuală. Spre exemplu, intervenţiile membrilor grupului prin utilizarea jocului de rol vor permite exersarea mai multor modele de comportament, în diferite situaţii sociale identificate de către subiecţi anterior ca fiindu-le neplăcute (generatoare de disconfort), pe care de cele mai multe ori le-au evitat.

Terapeutul are astfel ca sarcină să găsească situaţii comune, de natură incomodă din punct de vedere social pentru membrii grupului, dar pe care ei să le poată exersa într-un mediu de siguranţă. În ceea ce priveşte funcţionarea unui astfel de grup, este important în contextul programului de training ca niciun membru al grupului să nu domine discuţiile. În ceea ce priveşte elementul de coeziune sau situaţiile conflictuale intragrup, care pot apărea în anumite ocazii, acestea vor fi aduse în discuţie cu toţi membrii grupului şi rezolvate.

Grupul va avea un număr de componenţi diferit în funcţie de variabila vârstă: astfel, se vor întâlni 6–8 persoane adulte în alcătuirea unui grup şi o medie de 4–6 persoane, când este vorba despre copii. Grupul de adulţi va avea stabilit pentru training câte o şedinţă săptămânală, cu o durată de două ore, în timp ce grupul de copii se va putea reuni tot o dată pe săptămână, dar pentru o şedinţă de o oră. Dacă există o paletă diversificată de cerinţe de training al abilităţilor sociale, cu atât mai mult se va aloca o

perioadă mai îndelungată pentru activitatea desfăşurată de către membrii grupului.

Strategiile generale care stau la baza programului de training sunt, după Rose (1990), următoarele:

- strategiile de tip orientativ;
- strategiile de evaluare;
- procedurile de intervenţie;
- procedurile generale de training (temele pentru acasă, exersarea comportamentelor funcţionale învăţate, feed-backul constructiv etc.).

Strategiile de tip orientativ conţin în principal un tablou explicativ oferit de către terapeut în legătură cu ilustrarea modului în care această abordare funcţionează, pornind de la inserţii teoretice şi continuând cu maniera aplicativă de implementare. Tot aici, terapeutul poate oferi explicaţii în legătură cu expectaţiile pe care atât clienţii, cât şi facilitatorii (terapeuţii) le au, fapt care constituie de cele mai multe ori baza formării unui interludiu deschis şi bazat pe încredere între cele două entităţi.

Strategiile de evaluare utilizate în trainingul abilităţilor sociale, într-o intervenţie de scurtă durată, se adresează în primul rând determinării atributelor sociale, deficienţelor şi situaţiilor problematice pe care un client le trăieşte, fie direct, fie la atenţionarea celor care îl înconjoară (familie, colegi de şcoală, colegi de serviciu). Garvin (1990) precizează în acest sens că terapeutul, cunoscător al informaţiilor obţinute în interviul preliminar, va trebui să ţină seamă de concordanţa dintre individ, grup şi capacităţile sociale care vor intra în sfera de lucru. De asemenea, vor fi necesare evaluări ale motivaţiei, mediului înconjurător şi ale condiţiei de sănătate fizică specifice fiecărui client. Aceste informaţii pot fi obţinute prin utilizarea unor instrumente standardizate pe care membrii grupului le pot completa după ce au fost identificate problemele şi obiectivele de lucru (spre exemplu, dacă este stabilit un training pentru dobândirea unui comportament asertiv, vor fi utilizate Inventarul de asertivitate Gambrill-Richey, 1975, şi Inventarul de asertivitate Rathus, 1972).

În acest sens, vor fi explorate în principal cogniţiile şi afectele fiecărui client în legătură cu situaţiile sociale în care se simte inconfortabil, rigid şi incapacitat şi se va încerca împreună cu acesta

identificarea barierelor sau limitelor pe care le trăieşte şi resimte în legătură cu adaptarea sa la împrejurările respective.

Procedurile de intervenţie sunt stabilite după identificarea deficitelor evaluate în cadrul abilităţilor sociale urmărite şi conţin o serie de strategii dintre care enumerăm aici (după Garvin, 1990): orientarea (care se referă la un scurt preambul teoretic ce stă la baza generării unui anumit procedeu); analiza situaţională (care cuprinde de la obiectivele clientului, scopul, identificarea principalelor comportamente care vor fi utilizate pentru atingerea obiectivelor, utilizarea unor tehnici de rezolvare a problemelor care pot fi identificate cu ajutorul terapeutului şi a grupului până la modelarea, repetarea unor comportamente adaptative, oferirea şi primirea de feedback constructiv, folosirea tehnicilor de coaching, reîntărirea pozitivă şi temele pentru acasă).

Pentru modelare, una dintre metodele utilizate în acest tip de programe este jocul de rol. Un exemplu în acest sens este problema cu care a venit la un astfel de program clienta Mioara, care nu reușește să le spună nu colegilor de serviciu atunci când aceștia o solicită să îi ajute la îndeplinirea unor sarcini de serviciu care nu îi revin ei. Clienta spune că, dacă i-ar refuza, aceștia s-ar supăra pe ea și atunci s-ar simți foarte vinovată. Mioara, parcurgând o parte dintre etapele menționate mai sus, a reușit să identifice și să-și conștientizeze lipsa de asertivitate și și-a propus ca participarea la acest program să o ajute să pună în practică un comportament asertiv față de colegii mult prea insistenți. În cadrul procesului de modelare, jocul de rol va fi susținut de către Mioara și de către terapeut. Astfel, Mioara își va interpreta propriul rol, iar terapeutul va fi unul dintre colegii de serviciu, Sergiu, ce face parte dintre cei care îi cer ajutorul în mod insistent.

Terapeutul: Am să îți arăt cum vei putea face acest lucru. Voi face exact pașii pe care i-ai descris tu mai devreme și vom cere un feedback de la grup. Ești gata?

Mioara: Da. Sau cel puțin am să încerc.

T (se îndreaptă spre Mioara, cu o figură decisă și foarte sigur pe el, în rolul colegului Sergiu): Mioara dragă, trebuie să mă ajuți să termin lucrarea asta, că altfel o să mă penalizeze șeful. Trebuie neapărat! Numai tu ești cea care mă poate ajuta!

M (cu glas încet și timid): Sergiu, am și eu o gramadă de treabă... N-aș vrea să te superi pe mine...

T: Mioara, nici nu mă gândesc, trebuie să mă ajuți și gata! Tu ești cea mai în măsură să faci asta, nu mai discutăm!

M: Sergiu, tu știi că te-am ajutat de atâtea ori, dar acum chiar nu cred că mai pot...

T: Mioara, ești nerecunoscătoare, eu apelez la tine și tu nu vrei să mă ajuți!

M: (tace şi nu ştie ce să facă mai departe, priveşte în pământ).
Membrii grupului o încurajează, sugerându-i pentru început să adopte o altă poziţie a corpului, să schimbe tonul vocii şi să îl privească în ochi pe „colegul Sergiu" încercând un răspuns mai categoric (în conformitate cu tehnicile prezentate la începutul şedinţei de către terapeut, care se subscriu deprinderii antrenamentului asertiv).
M (încurajată, ridică ochii, priveşte spre „colegul Sergiu" şi încearcă să-i răspundă cu voce mai tare): Aş vrea să nu te superi pe mine, dar nu te pot ajuta acum... Şi eu am de lucru şi trebuie să termin la timp... Vai, este prima dată când te refuz...
Mioara este recompensată cu aplauze şi încurajări din partea colegilor de grup, iar terapeutul oferă explicaţii în legătură cu funcţionarea comportamentului asertiv, întărind prin feedback pozitiv poziţia pe care clienta a abordat-o în această secvenţă.

Repetarea comportamentelor pozitive mizează pe utilizarea acestor noi comportamente achiziţionate în timpul programului de training, mai întâi într-un mediu sigur cum este cel al grupului. Ulterior, aceste comportamente vor putea fi puse în practică în cadrul unor situaţii sociale şi pot constitui subiectul unor teme pentru acasă. Fiecare client va trece în revistă în faţa grupului felul în care va folosi comportamentul nou-învăţat, după care îl va putea lucra în direct cu unul dintre membrii grupului. La finalul acestei secvenţe, membrii grupului vor putea să-i ofere subiectului un feedback despre modul în care s-a comportat, care a fost diferit de ceea ce făcea până la momentul respectiv.

În cazul exemplificat mai sus, colegii Mioarei i-au oferit un feedback legat de modul în care aceasta şi-a schimbat mai întâi limbajul nonverbal (poziţia corpului, contactul vizual direct, tonul vocii) apoi cel verbal (conştientizarea, pentru prima dată, a existenţei posibilităţii refuzului).

Feedbackul constructiv este utilizat pentru a spori încrederea clientului în resursele şi abilităţile sale, acest lucru fiind utilizat atât de către terapeut, cât şi de membrii grupului. Feedbackul pozitiv este cel oferit întotdeauna primul, pentru a valida comportamentele nou-achiziţionate ale unui client. Feedbackul constructiv are rolul de a ajuta clientul să-şi îmbunătăţească performanţele şi să evalueze ceea ce face diferit într-un anume moment social şi unde mai trebuie insistat. Feedbackul de la moderatorul grupului mai are rolul de a întări motivaţia clientului în legătură cu schimbarea comportamentelor. După primirea feedbackului, clientul va avea sarcina să repete

comportamentele achiziționate împreună cu încorporarea sugestiilor primite, toate acest proceduri facilitând reținerea celor învățate.

Tehnicile de coaching pot fi utilizate de către terapeutul-moderator al grupului sau de către un membru desemnat în acest sens, obiectivul utilizării lor fiind acela de a încuraja în mod direct clientul atunci când repetă anumite comportamente. Astfel, „antrenorul" (unul dintre membrii grupului), în cazul Mioarei, poate să-i dea acesteia sugestii precum: „Mai spune o dată cu voce mai tare", „Fii mai directă", „Uită-te în ochii lui", „Spune-i că nu este sarcina ta de serviciu să-i faci lui treaba!" etc.

În timpul trainingului, clientul poate fi încurajat prin remarci de întărire pozitivă directă care privesc fiecare secvență, de la atenționarea față de oferirea de sugestii bune până la modelarea efectivă și indicația de punere în practică a comportamentelor în afara grupului. Clienții vor fi invitați să culeagă mărturii de la membrii familiilor lor, de la cei apropiați și semnificativi, despre schimbarea comportamentelor, și vor primi feedback pozitiv pe baza observațiilor transmise ulterior în grup în acest mod.

Un program de intervenție în achiziționarea abilităților sociale va cuprinde o gamă variată de proceduri generale de training care vizează mai ales modul în care comportamentele nou-învățate sunt transferate în viața de toate zilele de către membrii grupului. Una dintre principalele modalități prin care acest transfer poate avea loc este aceea de a construi un plan al schimbării, care va cuprinde în mod obligatoriu temele pentru acasă. Temele pentru acasă cuprind o serie de sarcini pe care membrii grupurilor de training de scurtă durată trebuie să le îndeplinească între întâlniri. Aceste teme sunt variate și pot include aspecte precum: comportamente nou-achiziționate și utilizate în jocul de rol cu membrii familiei sau în comunitate; observarea unor persoane care au abilitățile sociale pe care clienții le-au identificat la ei ca fiind deficitare; lectura unor materiale de specialitate despre abilitățile sociale; alcătuirea unor jurnale despre interacțiunile sociale reușite și nereușite, după învățarea și exersarea anumitor abilități sociale cuprinse în activitatea din cadrul ședințelor.

Alte strategii care pot fi cuprinse în planul schimbării vizează multiplele exerciții care se adresează repetării comportamentelor achiziționate, schimbarea jocurilor de rol în ceea ce privește nivelul de dificultate, diversificarea temelor pentru acasă atât în ceea ce

priveşte cadrul şi resursele utilizate, cât şi persoanele implicate (Goldstein, Heller şi Sechrest, 1966).

Şi pentru că acest program utilizează o gamă variată de tehnici, vom mai aminti aici şi despre problema *prevenirii incertitudinilor* care privesc apariţia unei situaţii sociale pentru care clienţii este posibil să nu fie pregătiţi.

Se poate întâmpla ca unele probleme să nu aibă o corespondenţă directă cu obiectivele de lucru pe care membrii grupului le-au identificat în cadrul trainingului, sau acestea să nu fie cristalizate prin metoda jocului de rol. De aceea una dintre soluţii ar fi ca terapeutul (moderatorul) să invite foşti clienţi din alte grupuri de training, care să descrie experienţele lor în condiţiile în care s-au întâlnit cu situaţii neprevăzute din punct de vedere social şi mai ales modul în care au reacţionat utilizând comportamentele deprinse în cadrul programului la care au participat.

Mai este important de reţinut faptul că, în ceea ce priveşte acest program şi rolul lui în schimbarea comportamentelor pentru membrii grupului, o astfel de intervenţie nu poate garanta o aplicabilitate generală. Clienţii pot avea succes uneori în punerea în practică a unor comportamente care reprezintă expresia achiziţiilor sociale realizate sau optimizate, dar pot fi înregistrate şi căderi, obstacole apărute în situaţiile problematice. De altfel, în acest sens Garvin (1990) subliniază că scopul este ca numărul comportamentelor aplicate cu succes să fie mai mare decât numărul eşecurilor.

În ultimii ani, intervenţiile de scurtă durată care se adresează trainingului abilităţilor sociale în grup au inclus în aceste programe o serie de noi proceduri precum rezolvarea de probleme în structură sistemică, restructurarea cognitivă, interviul motivaţional şi focalizarea cognitivă pe problematica de gen, toate vizând noi modalităţi de schimbare a comportamentelor deficitare din punct de vedere social, pentru subiecţii interesaţi de un astfel de program.

7.4. Psihoterapia de grup cognitiv-comportamentală de scurtă durată

Fundamentul psihoterapiei comportamentale își găsește rădăcinile în teoria învățării, pornindu-se de la premisa că, în ceea ce privește experiența unei persoane, cognițiile, emoțiile și comportamentele sunt învățate și, ca atare, ele pot fi schimbate prin același tip de proces. Prin utilizarea unor modele didactice, noi tipuri de comportamente sunt reînvățate și astfel se poate produce modificarea comportamentului uman maladaptativ (Wolpe, 1958 și Eysenck, 1966 citați de Beitman și Yue, 2004, p. 47).

Spre deosebire de alte psihoterapii dezvoltate pe baza modelelor teoretice ce accentuau conflictul din dezvoltarea anterioară a individului ca sursă a suferinței psihice, psihoterapia de scurtă durată, cognitiv-comportamentală introduce o nouă gamă de tehnici terapeutice bazate pe dovezi și studii științifice care sunt construite în jurul ameliorării și rezolvării disfuncționalităților subiectului. Terapiile cognitiv-comportamentale (CBT) se adresează în mod deschis, direct și rapid problemei pe care clientul o prezintă în cabinet, asigurând un suport de lucru eficient și imediat. Paradigma acestor terapii cognitiv-comportamentale se bazează pe un aparat metodologic foarte complex, care are în vedere în toată desfășurarea sa o structură clar definită (Beck, 1991). De altfel, scopul programelor din cadrul psihoterapiei comportamentale este acela de a asista clientul în ameliorarea intensității problemelor sale, în așa fel încât dificultățile întâmpinate să aibă un impact mai mic asupra activităților cotidiene ale acestuia. Pentru alți clienți, intervenția cognitiv-comportamentală abordează eradicarea completă a tuturor simptomelor sau reducerea impactului dificultăților descrise suficient de mult, încât să le permită acestora implicarea în activități normale (Beck, 2010).

Psihoterapia de grup cognitiv-comportamentală de scurtă durată utilizează în mare parte aceleași formule întâlnite și în abordările individuale, unde o primă fază este centrată pe formularea obiectivelor. Acest lucru se pune în practică prin derularea unui proces de negociere adecvat între client și terapeut. După stabilirea obiectivelor, urmează alcătuirea unui plan general de tratament, care poate însă suferi o serie de modificări inspirate de modul în care membrii

grupului relaționează și de problemele care pot apărea pe parcursul intervenției de grup (Beck, 2010).

Pentru finalizarea psihoterapiei de grup de scurtă durată, se va aborda o serie de chestiuni legate de posibilele recăderi de după încheierea intervenției, de utilizarea unor sarcini pentru acasă pe termen mediu și lung, în care vor fi configurate exerciții de repetare a abilităților achiziționate (cognitive și comportamentale). De altfel, încheierea intervenției psihoterapeutice de grup cognitiv-comportamentale de scurtă durată este interpretată ca reprezentând atingerea scopurilor acesteia (Bond și Dryden, 2004). La cererea membrilor grupului de terapie cognitiv-comportamentală pot fi stabilite una sau două ședințe de urmărire a rezultatelor (suplimentare) într-un interval de 3, 6 sau 12 luni.

În ceea ce privește desfășurarea unui astfel de demers, Fehr (2003) arată, spre exemplu, că în cadrul terapiei de grup cognitiv-comportamentale există posibilitatea ca fiecare client să participe la o întâlnire preliminară pentru a discuta cu terapeutul despre:

- conceptele specifice terapiei cognitiv-comportamentale;
- structura programului de lucru în grup;
- explicarea modalităților terapeutice care permit identificarea comportamentelor disfuncționale și înlocuirea acestora cu unele funcționale;
- stabilirea unor obiective de lucru în cadrul grupului, obiective care se adresează rezolvării problemei pe care clientul o semnalează ca provocându-i suferință.

Acest preambul, permite membrilor grupului cognitiv-comportamental de scurtă durată ca la prima întâlnire să vină „pregătiți" din punctul de vedere al obiectivelor, definind clar *ce fel de comportamente doresc să schimbe în viitor* sau *ce comportamente doresc să întărească pentru a obține o mai bună funcționalitate*. Terapeutul care moderează un grup cognitiv-comportamental de scurtă durată poate utiliza relațiile din cadrul grupului, într-un cadru psihoeducațional, pentru a sprijini un astfel de demers. Terapeutul are ca sarcină într-o primă fază să faciliteze crearea unei conexiuni între membrii grupului, iar acest fapt se petrece de obicei chiar în momentul în care aceștia identifică și recunosc o serie de *obiective comune*, altfel spus, de istorii comportamentale comune. Acest moment va permite înregistrarea și recunoașterea unui sentiment de apartenență crescut, ce poate conduce la o coeziune rapidă a grupului. Terapeutul

moderator se va implica în mod activ în relaţia cu membrii grupului, iar modul în care vor evolua şedinţele din acest moment este calificat ca fiind rodul unui efort comun.

În primele etape ale psihoterapiei de grup, conţinutul şedinţelor va fi hotărât în mare parte de către terapeut, însă responsabilitatea va fi preluată treptat şi de membrii grupului, pe măsură ce tratamentul progresează. De exemplu, sarcinile de lucru pentru acasă vor putea fi stabilite iniţial de către terapeutul-moderator, însă pe măsură ce activitatea grupului traversează stadiile de lucru, membrii vor căpăta un rol din ce în ce mai important în stabilirea sarcinilor pentru întâlnirile ulterioare.

În cadrul stadiului de lucru, terapeutul moderator va utiliza o serie de strategii cognitiv-comportamentale pentru ca fiecare membru al grupului să poată participa în mod activ la îndeplinirea obiectivelor stabilite anterior. Strategiile vor urmări astfel de la utilizarea unor tehnici privind identificarea gândurilor şi credinţelor disfuncţionale şi schimbarea (înlocuirea) acestora cu variante raţionale la aplicarea unor procedee de modelare pentru obţinerea de noi comportamente funcţionale la membrii grupului; de la întărirea pozitivă învăţată şi utilizată între membrii grupului la restructurarea cognitivă; de la aplicarea metodei de rezolvare a problemei la evaluarea avantajelor şi costurilor menţinerii unui comportament.

În cadrul psihoterapiei de grup, clienţii vor fi solicitaţi să utilizeze feedbackul în timpul şedinţelor, în legătură cu conţinutul acestora, pentru a identifica *ce anume a fost de folos, ce anume a fost inutil* sau *ce anume a creat disconfort*. Totodată, membrii grupului vor fi invitaţi să utilizeze feedbackul în raport cu ceilalţi colegi pentru a ilustra în mod direct evoluţia comportamentală şi cognitivă a acestora.

În stadiul de încheiere, terapeutul moderator le va cere membrilor grupului să îşi autoevalueze eforturile în ceea ce priveşte procesul de schimbare cognitiv-comportamental, ţinând cont de aspectele vieţii lor din momentul *„aici şi acum"*. Ca şi în alte abordări terapeutice, responsabilitatea fiecărui membru al grupului este de a menţine şi extinde comportamentul nou-introdus sau pe cel schimbat; ca atare, acesta fiind unul funcţional, terapeutul va încuraja foarte mult acest demers (Leahy, 2004).

Pentru ca noile comportamente să fie puse în practică este nevoie ca membrii grupului să devină mult mai încrezători în continuarea

acestui proces, inițiat și exersat în cadrul sigur al grupului, iar aici intervențiile celorlalți colegi cu un feedback de final pozitiv pot avea o mare greutate. Terapeutul va sublinia faptul că aceste tehnici își vor dovedi cu adevărat eficiența în momentul utilizării lor într-un alt mediu, acel „mediu din afară", diferit de cel al grupului. În acest sens, programarea întâlnirilor de urmărire a rezultatelor la o distanță de timp variabilă (între 3 și 12 luni) după finalizarea activității grupului capătă importanță, pentru ca fiecare membru al grupului să poată determina în mod corect în ce măsură a putut funcționa pozitiv și care au fost beneficiile obținute folosind abilitățile cognitive și comportamentale deprinse în grup.

7.5. Terapia alegerilor realiste — intervenție de grup

Terapia alegerilor realiste (*reality therapy*) este o modalitate de rezolvare de probleme care se concentrează pe evaluarea comportamentelor, nevoilor, percepțiilor, nivelului de angajament ale indivizilor în interacțiunea cu societatea (Fehr, 2003).

Membrii unui grup care lucrează în orientarea alegerilor realiste au ca domeniu procedural de lucru în primul rând evaluarea comportamentelor proprii, care se află în strânsă legătură cu realismul nevoilor lor; în al doilea rând, au sarcina de a determina dacă aceste comportamente trebuie schimbate și dacă ei sunt pregătiți să facă față acestor schimbări. Ambele procedee sunt susținute și puse în practică atât de terapeutul moderator al grupului, cât și de ceilalți membri ai grupului. În această manieră de travaliu de grup, scuzele și evitarea nu au nici sens, nici loc.

În momentul în care oamenii realizează că este nevoie de o schimbare, ceea ce înseamnă în viziunea alegerilor realiste că *ceva nu funcționează*, ei își vor asuma responsabilitatea pentru reevaluarea comportamentului lor. Acest lucru se petrece atunci când indivizii doresc să înțeleagă dacă modul în care fac ceea ce fac este suficient pentru a le asigura împlinirea propriilor dorințe și nevoi, altfel spus dacă ei își pot exercita abilitățile de control asupra propriei vieți.

Terapia alegerilor realiste are ca fundament o abordare directă, cu nuanţe didactice, care le cere clienţilor să acţioneze în sensul dezvoltării şi creşterii personale, utilizând comportamentele şi evaluarea acestora ca factori de control. În terapia alegerilor realiste există o serie de nevoi de bază care, în momentul în care sunt împlinite, asigură practic dezvoltarea indivizilor, acestea fiind: a) nevoia de putere şi realizare, recunoaşterea faptului că individul deţine controlul asupra propriei vieţi; b) nevoia de a aparţine, care se referă la felul în care o persoană este capabilă să ofere şi să primească afecţiune; c) nevoia de bucurie, legată de faptul că persoana îşi trăieşte viaţa armonios, alături de nevoia de distracţie şi relaxare; d) nevoia de supravieţuire şi bunăstare şi e) nevoia de libertate, independenţă şi autonomie (Glasser, 1980).

Pentru ca oamenii să-şi dezvolte abilitatea de a găsi o direcţie în viaţă, ei au nevoie să devină conştienţi de *comportamentele* lor *totale şi prezente*. Astfel, din această perspectivă există patru elemente de care se va ţine seama în cadrul procesului terapeutic al alegerilor realiste, acestea adresându-se acţiunii, sentimentelor, gândirii şi elementelor de fiziologie ale subiecţilor implicaţi într-un astfel de demers. Scopul principal în cadrul unei intervenţii de grup care se subsumează alegerilor realiste este de a încuraja clienţii *să facă faţă în mod imediat realităţii*, şi mai ales să facă faţă în mod pozitiv şi performant. Prin responsabilizarea faţă de propriile comportamente şi câştigând astfel o serie de competenţe asupra vieţii, fiecare membru al grupului poate trăi experienţe de viaţă optime, care să-i confere mai multă împlinire şi realizare.

Rolul terapeutului într-un astfel de grup este unul directiv şi activ, el fiind centrat pe înţelegerea, stimularea şi facilitarea competenţelor şi resurselor membrilor grupului. În acest sens, spre deosebire de alte abordări terapeutice de grup, trecutul clienţilor, mai ales cel care poartă încărcătură negativă, *nu* reprezintă un punct de lucru într-un astfel de cadru. Întrebările şi evaluările propuse de terapeut se adresează cu predilecţie *nevoilor curente* ale membrilor grupului. Modalitatea de lucru a terapeutului implică atenţie, ascultare activă, empatie, toate având rolul de a crea legături puternice şi de a spori nivelul de încredere *cu* şi *între* membrii grupului. Terapeutul va vorbi despre problemele membrilor grupului la timpul trecut şi despre soluţii la timpul prezent şi viitor.

Kreisberg (citat în Fehr, 2003, p. 144) susține că, în cadrul terapiei alegerilor realiste, anumite nevoi, precum ar fi cea de realizare şi creştere sau nevoia de apartenenţă şi de a-şi controla propriul destin, atunci când *nu* sunt îndeplinite, vor genera suferinţă, dezamăgire şi durere oamenilor, care vor resimţi ulterior insatisfacţie în legătură cu propria existenţă. În acest sens, autorul menţionat explică faptul că terapeutul unui grup în care a fost evaluată lipsa împlinirii acestor nevoi şi în care comportamentele totale ale membrilor grupului sunt în acel moment ineficiente are o mare răspundere şi trebuie să dea dovadă de o profundă implicare. Terapeuţii acestei orientări vor aborda procedee de confruntare, dar şi de retragere sensibilă din situaţiile volatile şi se vor conecta la modul de a gândi şi a simţi al membrilor grupului, utilizând, atunci când este necesar, procedeul autodezvăluirii.

Kreisberg (citat în Fehr, 2003, p. 145) arată că este foarte important ca fiecare membru al grupului să îşi asume responsabilitatea atunci când vine vorba, spre exemplu, de sentimentele de ostilitate pe care le are faţă de părinţi. Acelaşi autor consideră că grupul terapeutic fundamentat pe alegerile realiste poate activa în cadrul unui context în care se recreează practic familia (fiecărui membru), dar că, spre deosebire de cea reală, familia alcătuită din membrii grupului are beneficiul de a utiliza *acceptarea, afecţiunea şi un climat familial non-etichetant şi noncompetitiv*. În acest cadru, fiecare membru al grupului poate exprima sentimente şi comportamente pe care în familia sa de origine a trebuit să le suprime sub diverse forme şi care ulterior au provocat de cele mai multe ori suferinţă.

Terapeuţii abordării alegerilor realiste vor avea comportamente adecvate şi etice în cadrul grupului, punându-şi în permanenţă întrebări în legătură cu modul în care practică această formă de psihoterapie. Sarcina lor este de a nu folosi etichete, de a nu judeca şi de a avea o atitudine de sprijin în raport cu membrii grupului. Relaţia profesională în cadrul grupului se va construi pe baza unui proces de comunicare direct, deschis şi flexibil, în care terapeutul are responsabilitatea de a-şi trata clienţii ca pe nişte persoane competente, capabile de alegeri înţelepte şi eficiente. Alegerile le permit membrilor grupului să-şi evalueze comportamentele, dorinţele şi nevoile şi să alcătuiască planuri eficiente în care nivelul de angajament să fie unul cât mai adecvat (Wubbolding şi Brickell, 1999).

În cadrul psihoterapiei alegerilor realiste, stadiile pe care le traversează un grup sunt următoarele: stadiul inițial, stadiul de tranziție, stadiul de lucru și ultimul stadiu, respectiv cel de consolidare și încheiere. Acest model a fost propus de Corey (1995) și adoptat de terapeuții alegerilor realiste.

Vom prezenta în continuare câteva dintre direcțiile și activitățile de lucru care se pliază pe fiecare stadiu de lucru în grup, din perspectiva alegerilor realiste, așa cum au fost acestea propuse de Wubbolding și Brickell (1999).

În stadiul inițial, participanții la grup sunt preocupați într-o primă fază de problema includerii și de cea a identității de grup (Corey, 1995) și au ocazia, după cum arată autorii mai sus-menționați, ca în acest stadiu să-și exploreze în amănunt dorințele și felul în care se raportează la dimensiunea afectivă. Astfel, membrii grupului își pot pune întrebări în legătură cu *ceea ce doresc să obțină ca experiență în cadrul grupului, cum se simt fiind parte din grup* sau *care sunt gândurile pe care le au în momentul primei întâlniri*. Activitatea de deschidere-includere propusă de terapeut se adresează trecerii în revistă a acestor dorințe și notarea lor pe o foaie de hârtie alături de alte gânduri și sentimente. Următorul pas este reprezentat de discuția despre aceste dorințe, sentimente, gânduri în triade (uneori diade), formate la întâmplare din membrii grupului, într-un mod cât mai confortabil pentru fiecare dintre participanți (Wubbolding și Brickell, 1999). Exercițiul se continuă prin formularea unei liste de dorințe specifice pentru fiecare triadă; aceasta va fi fi împărtășită de către un reprezentant al fiecărei triade cu toți ceilalți membri ai grupului. Acest exercițiu are rolul de a dezvolta sentimentul de apartenență și includere pe care fiecare membru al grupului îl poate conștientiza foarte repede. Astfel, obiectivul acestei etape este de a face ca fiecare membru al grupului să înțeleagă că, în felul său unic, poate aduce o contribuție la travaliul de grup.

Următorul stadiu, cel al tranziției, este descris ca fiind cel în care se experimentează cel mai mult dificultățile în cadrul grupului (Corey, 1995). Membrii grupului se confruntă cu probleme de anxietate, cu rezistențe și chiar cu stările conflictuale. Dacă inițial (în stadiul de început) marea majoritate a acestora au trăit o stare de apartenență (includere), acum *nevoia de putere* va ieși în evidență. Membrii grupului încep să conștientizeze faptul că, pentru a beneficia de experiența grupului, vor fi necesare două elemente: pe de o

parte, apare „năluca" riscului autodezvăluirilor, pe de altă parte, se conturează tot mai clar că vor fi necesare eforturi personale care uneori vor aduce disconfort, pentru a facilita schimbarea.

În acest stadiu munca terapeutului este intensă şi constă în sprijinul şi ajutorul oferit membrilor grupului pentru a-şi clarifica dorinţele şi a le conecta mai puternic cu realitatea înconjurătoare; de asemenea, terapeutul va explica faptul că rezistenţele sunt normale şi în cadrul alegerilor realiste ele sunt privite ca resurse de potenţial progres; terapeutul va normaliza, totodată, exprimarea conflictului, explicând că acesta le permite membrilor grupului să spună, în mod deschis, ce au în minte.

Tot în acest stadiu, terapeutul va accentua necesitatea procesului de conştientizare pentru fiecare membru al grupului în ceea ce priveşte evaluarea nivelului de angajament de tipul: „Voi încerca să fac..." (Wubbolding şi Brickell, 1999, p. 61).

Dacă grupul reuşeşte să depăşească aceste dificultăţi, el va progresa către următorul stadiul, cel denumit „de lucru", în care energia şi eforturile membrilor sunt canalizate spre obţinerea unei înţelegeri mai profunde a problemelor cu care se confruntă şi mai ales cu disponibilitatea la înfăptuirea schimbării. În cadrul stadiului de lucru, membrii grupului sunt implicaţi la un nivel ridicat în activităţile de grup, care se adresează pe de o parte creşterii şi dezvoltării individuale pentru fiecare dintre membrii grupului, iar pe de altă parte, angajamentului şi sprijinului acordat celorlalţi parteneri de grup. Angajamentul faţă de creşterea personală are rolul de a împlini nevoia de putere şi cea de creştere, împreună cu cea de recunoaştere valorificată pentru fiecare individ în parte, în timp ce implicarea profundă în sprijinul acordat grupului conduce la optimizarea nevoii de apartenenţă şi includere faţă de toţi membrii grupului.

Tot în acest stadiu vom întâlni caracteristica pe care Corey (1995) a descris-o ca fiind restructurarea cognitivă. Schimbarea modului de gândire (restructurarea cognitivă) şi legătura acesteia directă cu felul în care indivizii se comportă vor conduce la un proces de evaluare a eficienţei comportamentelor din trecut şi prezent, dorinţelor, percepţiilor şi a responsabilităţii faţă de angajamentele luate, pentru fiecare dintre membrii grupului. Din perspectiva terapiei alegerilor realiste, această restructurare cognitivă are legătură şi se materializează printr-un plan de acţiuni cu scop clar definit. Planul de acţiuni este unul ancorat în realitate, simplu şi mai ales poate fi revizuit ori

de câte ori este necesar, aici contribuţia membrilor grupului fiind extrem de importantă. Atunci când membrii grupului se ajută între ei, colaborând la alcătuirea planului de acţiune, îşi oferă unul altuia recunoaştere, respect şi acceptare (Wubbolding şi Brickell, 1999, p. 62).

Tot în acest stadiu participanţii la grup au ocazia *să confrunte* modalitatea de comportament adoptată sau schimbată, acest lucru petrecându-se sub auspiciile terapiei alegerilor realiste, prin utilizarea unor întrebări evaluative pe care şi le pot adresa unii altora, întrebări care vizează dorinţele, nevoile, percepţiile şi nivelul de angajament pentru schimbare.

Finalitatea sau stadiul consolidării şi al încheierii grupului alegerilor realiste se poate traduce prin două direcţii: prima este cea care face referire la satisfacţia pe care o resimt membrii grupului cu privire la experienţa de grup pe care au trăit-o împreună şi care le-a facilitat schimbarea mult dorită; cea de-a doua este reprezentată de anxietatea şi îngrijorarea pe care le pot resimţi membrii grupului în legătură cu faptul că nu vor mai beneficia de mediul de siguranţă, de mediul familiar, care va înceta să existe odată cu finalizarea activităţilor de grup. Cu toate acestea, ambele direcţii sunt de bun augur pentru grup, deoarece acestea reflectă faptul că membrii grupului au atins un grad de coeziune înalt şi au reuşit să-şi îndeplinească în mod pozitiv nevoia de apartenenţă prin stabilirea unor raporturi bazate pe încredere şi feedback constructiv.

Terapeutul moderator va invita membrii grupului să discute atât despre sentimentele de bucurie şi împlinire legate de experienţa grupului, cât şi despre cele legate de tristeţea despărţirii şi îngrijorarea resimţită odată cu încheierea grupului. Acest lucru va facilita aplicarea unor strategii învăţate, alcătuirea şi aplicarea unor planuri de acţiune care să le ofere membrilor grupului ocazia de a conştientiza încă o dată schimbarea, prin redobândirea utilizării resurselor proprii. Wubbolding şi Brickell (1999) subliniază că terapeutul moderator are sarcina de a reaminti grupului că momentul încheierii este unul natural şi pozitiv. Autorii mai specifică faptul că terapeutul are sarcina de a le explica membrilor grupului că acest moment de încheiere reprezintă completarea unei acţiuni şi nu are ca scop identificarea unor noi probleme pentru clienţi. Fiecare membru al grupului este invitat să recapituleze progresul făcut, iar la final va oferi şi va primi feedback de la ceilalţi colegi în semn de respect, încredere şi responsabilizare.

Studiu de caz (intervenţie de grup)

Acest capitol cuprinde o structură de trei exerciţii care pot fi utilizate în cadrul unei intervenţii de grup ce li se adresează persoanelor care doresc să îşi dezvolte competenţele personale de comunicare şi de validare pozitivă în interacţiune cu ceilalţi.

După cum am subliniat în capitolul anterior, structura de grup este semnificativă pentru sprijinul şi siguranţa pe care le-o oferă participanţilor. Mai mult, terapeutul moderator, pe lângă faptul că poate oferi indicaţii de lucru şi poate propune diferite experimente comportamentale (în funcţie de solicitările şi problematica membrilor grupului), are ca sarcină *validarea pozitivă a noilor abilităţi* pe care membrii unui grup le achiziţionează prin activităţile desfăşurate. În cadrul programelor sau al intervenţiilor terapeutice de grup, terapeuţii propun şi efectuează împreună cu membrii grupurilor o serie de exerciţii structurate, care îi ajută pe aceştia să:

- învingă anxietatea şi disconfortul asociate cu primele întâlniri de grup;
- participe în mod activ la sarcinile de lucru în grup împreună cu ceilalţi colegi;
- exprime în mod liber şi deschis problemele pe care doresc să le rezolve prin participarea la grup;
- stabilească obiective de lucru viabile ce pot fi atinse prin travaliul din cadrul grupului;
- interiorizeze abilităţile, deprinderile, comportamentele nou-învăţate, care îi vor ajuta pe viitor să facă faţă realităţii vieţii lor într-un mod mai constructiv;
- experimenteze coeziunea de grup ca pe un fenomen *faţă în faţă cu tine* şi *faţă în faţă cu voi*, care să le aducă beneficii ulterior în derularea relaţiilor interpersonale cotidiene.
- fie capabili să se autoevalueze la final în mod onest, obiectiv şi să ofere un feedback constructiv celorlalţi membri ai grupului (şi, evident, să primească), arătând astfel înţelegere, responsabilizare, autenticitate şi suport empatic.

Intervenție de grup ce li se adresează persoanelor care doresc să își dezvolte competențele personale de comunicare și de validare pozitivă

1. Exercițiu de deschidere

„În autobuzul de cunoaștere": se delimitează cu ajutorul unei bucăți de sfoară o arie îngustă de aproximativ jumătate de metru între două scaune așezate spate în spate. Membrii grupului (6–8 persoane) sunt invitați să intre în spațiul respectiv, fără să discute între ei, folosind doar mijloace nonverbale. Vor avea la dispoziție 4–5 minute. După ce au intrat, sunt invitați să închidă ochii și fiecare va putea verbaliza cum se simte în acel moment și cu ce seamănă situația respectivă. La final, fiecare membru al grupului alege o altă persoană și îi oferă un feedback despre felul în care consideră că a lucrat, ce a fost plăcut și ce nu a fost de folos în cadrul exercițiului.

2. Exercițiu de comunicare și intercunoaștere

„Pe scena rotativă": membrii grupului se vor așeza în cerc, având în centru un scaun liber. Fiecare dintre ei se va așeza pe scaunul din centru și va povesti pe scurt despre două situații sau evenimente din viața sa: o primă situație în care nu a putut comunica cu o persoană dragă și cea de-a doua în care nu a putut comunica cu o persoană pe care nu o agreează. Fiecare membru al grupului îi va pune câte o întrebare celui aflat pe scaunul din mijloc în legătură cu cele două situații și îi va oferi un scurt feedback.

La final, cel așezat pe scaunul din centru va alege două persoane din grup (joc de rol) care vor interpreta cele două personaje amintite, astfel încât acesta să poarte un dialog cu ambele „persoane", transmițându-le un mesaj. Pe rând, fiecare membru al grupului va efectua acest exercițiu.

3. Exercițiu de validare pozitivă

„Bebelușul și ursitoarele": un membru al grupului este invitat să se ofere voluntar, intrând în rolul unui bebeluș. În centru vor fi așezate trei scaune, în linie, alăturate, pe care vor lua loc cele trei „ursitoare", alese de „bebelușul" respectiv. „Ursitoarele" îl vor ține pe genunchii lor pe „bebeluș" și îl vor „ursi" cu lucruri pozitive (succes, reușite etc.) care vor fi extrase din istoria personală pe care respectivul coleg a împărtășit-o cu grupul pe parcursul întâlnirilor. „Bebelușul" îi va răspunde fiecărei ursitoare, pe rând, mulțumindu-le, subliniind ce plăcut este să ai parte de astfel de urări. Fiecare membru al grupului va intra pe rând în ambele roluri.

La final, membrii grupului vor oferi feedback în legătură cu rolul care le-a plăcut mai mult, explicând motivul, şi vor evalua în ce măsură acest exerciţiu le-a adus ceva nou în trăirile lor.

Bibliografie

Angibaud, A., A somato-psicopedagogia. În: Bolsanello, D.P. (Org.) (2008). *Em pleno corpo. Educação somática, movimento e saúde*. Curitiba: Juruá, pp. 252–258, 2008.

Alford, B.A., Beck, A.T., *The Interactive Power of Cognitive Therapy*, The Guilford Press, New York, 1997.

Austin, Valerie, *Self Hypnosis*, Thornsons, San Francisco, 1994.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R), Washington D.C., 1994.

Bandler, R., Grinder, J., *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, vol. I., Metapublications Cupertino, California, 1975.

Baraber, Th.X., Spanos, N., Chaves, J.V., *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities*, Perga Press, Inc., New York, Toronto, Frankfurt, 1980.

Beitman, B.D, & Yue, D., *Learning Psychotherapy: Trainee's Manual*, ediția a 2-a, W.W. Norton, New York, 2004.

Bellet, P., *L'Hypnose*, Odile-Jacob, Paris, 2002.

Benson, H., *The relaxation response*, Collins, Londra, 1976.

Benson, H. & Proctor, W., *Relaxation Revolution: The Science and Genetics of Mind Body Healing*, Scribner, prima ediție, 2010.

Bertcher, H. & Maple, F., Elements and issues in group composition. În M. Sundel, P. Glasser, R. Sarri, & R. Vinter (ed.), *Individual change through small groups* (ediția a 2-a), Free Press, New York, 1985.

Bonarius, H., The interaction model of communication: through experimental research towards existential relevance. În J.K. Cole, & A.W. Landfield, *Nebraska Symposium on Motivation 1976: Personal Construct Psychology* (Vol. 26). Lincoln, University of Nebraska Press, 1977.

Bond, F., & Dryden, W. (ed.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*, New York, John Wiley & Sons, 2004.

Bousingen, R.D. de, *La Relaxation*, Presses universitaires de France (Vendôme, Impr. des P.U.F.), 1965.

Brenman, M., Gill, M.M. (ed.), *Hypnotherapy: Survey of literature*, New York, International Universities Press, 1947.

Budman, S.H, Randall, M.& Denby, A., Outcome in short-term group psychotherapy, *Group*, 5, 19–26, 1981.

Burns, D., *The Feeling Good Handbook*, A Plume book, New York, 1989.

Butcher, J.N., & Koss, M.P., Research on brief and crisis-oriented therapies. În A.E. Bergin & S.L. Garfield (ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (ediția a 2-a, pp. 725–767), New York, Wiley, 1978.

Caycedo, A., Sophrology and Psychosomatic Medicine, *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Arizona, 1964.

Citrenbaum, Ch.M., King, M.E., Cohen, W.I., *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control*, W.W. Norton and Comp., New York, Londra, 1985.

Coe, W.C., Sarbin, T.R., Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. În: Lynn, S.J., Rhue, J.W., ed. *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*, New York, Guilford, 303–323, 1991.

Clark, D., Salkovskis, P., Chalkley, A., Respiratory control as a treatment for panic attacks. În *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1985, 23–30.

Corey, M.S., Corey, G., *Groups: Process and practice* (ediția a 5-a), Pacific Grove, CA, Brooks/Cole, 1997.

Corey, G., *Theory and Practice of Group Counseling*, Brooks Cole Publishers, Pacific Grove, CA, 1995.

Craske, M. & Barlow, D., *Mastery of Your Anxiety and Worry*, Oxford University Press, Inc., 2006.

Curwen, B.; Palmer, S., Ruddell, P., *Brief Cognitive Behavior Therapy*, Sage, 2008.

de Ajuriaguerra J., L'enfant et son corps. În: *Revue de psychomotricité*, Geneva, 1970.

De Shazer, S., *Keys to Solution in Brief Therapy*, W.W. Norton and Company, New York, Londra, 1985.

Erickson, M., Rossi, E.L., *Hypnoterapy — An Exploration Casebook*, Ivington Publishers Inc., New York, 1992.

Erickson, M.H., A clinical note on indirect hypnotic therapy. În *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2(3), 171–174, 1954.

Fehr, S.S., *Introduction to Group Therapy, A practical Guide* (ediţia a 2-a), The Hawortf Press Inc, New York – Londra – Oxford, 2003.

Garfield, S.L., Research on client variables in psychotherapy. În A.E. Bergin & S.L. Garfield (ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (ediţia a 2-a, pp. 191–232). Pub. Wiley, New York, 1978.

Garvin, C.D., Short-Term group Therapy. În *Handbook of the Brief Psychotherapies*, Wells, R.A & Giannetti, V.J., Pelnum Press (ed.), New York, 1990.

Gauld, A., *A History of Hypnotism*, Cambridge University Press, (Cambridge), 1992.

Gheorghiu, V.I., *Hipnoza — realitate şi ficţiune*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.

Gibson, H.B., Heap, E. M., *Hypnosis in Therapy*. Lea, Hove şi Londra, U.K., Hillsdale, U.S.A., 1991.

Gibson, J. *Relaxand Live, A practical guide*, Moytura Press, Dublin, 1992.

Glasser, W., *Reality Therapy*, Harper and Row, New York, 1980.

Graham, G., *How to Change your Life*, Real Option Press, 1990.

Graham, G., *The Happy Neurotic*, Real Option Press, 1988.

Guimón, J. (coord), *The body in psychotherapy*, Congresul Internaţional de la Geneva, 1–3 febr., Pub: Karger AG, Basel, 1996.

Hartland, J., *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, ediţia a 2-a, Bailliere, Tindall, Londra, 1979.

Havens, R.A., Walters, Catherine, *Hypnotherapy Scripts — A Neo-Ericksonian Approach to Persuasive Healing*, Bruner Mazel, New York, 1989.

Hawton K., Salkovikis P.M., Kirk J., Clark D., *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford Univ. Presse, 1989.

Hersen, M.; Biaggio Maryka, *Effective Brief Therapies: A Clinician's Guide*, Academic Press, 2000.

Hilgard, E.R., Neodissociation theory. În: Lynn, S.J., Rhue, J.W., ed. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*, New York, Guilford, 32–51, 1994.

Hilgard, E.R., *The Experience of Hypnotic Susceptibility*, A Harbinger Book, Harcourt, Brace and World, Inc., New York, 1968.

Holdevici, Irina, *Psihoterapia — un tratament fără medicamente*, Editura Ceres, Bucureşti, 1993.

Holdevici, Irina, *Sugestologie şi terapie sugestivă*, Editura Victor, Bucureşti, 1995.

Holdevici, Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, ed. a 3-a revăzută şi adăugită, Bucureşti, 1998.

Holdevici, Irina, *Psihoterapia tulburărilor anxioase: Să ne eliberăm de frici, obsesii şi fobii*, Editura Ceres, Bucureşti, 1998.

Holdevici, Irina, *Gândirea pozitivă — ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală*, Editura Dual Tech, Bucureşti, 2000.

Holdevici, Irina, *Psihoterapia anxietăţii. Abordări cognitiv-comportamentale*, Editura Unitech, Bucureşti, 2000.

Holdevici, Irina, *Psihoterapii scurte*, Editura Ceres, Bucureşti, 2000.

Holdevici, Irina, *Ameliorarea performanţelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Licer, Bucureşti, 2001.

Holdevici, Irina, *Psihoterapia cazurilor dificile: Abordări cognitiv-comportamentale*, Editura Dual-Tech, Bucureşti, 2003.

Holdevici, Irina, *Hipnoza clinică*, Editura Trei, Bucureşti, 2011.

Hunter, Marlene, *Psych Yourself in Hypnosis and Healt*, Sea Walk Press, L.T.D., 1987.

Hunter, Marlene, *Daydreams for Discovery. A Manual for Hypnosis*, Sea Walk Press, Canada, 1995.

Klein, R.H., Some principles of short-term group therapy, În *International Journal of Group Psychoterapy*, 35, 309–329, 1985.

Lankton, Carol, Lankton St., *The Answer Within: A Clinical Framework of Erikcsonian Hypnotherapy*, Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1983.

Lankton, St.R., Just Do Good Therapy, În Zeig, J.K.; Gilligan S.G. (ed.). *Brief Therapy; Myths, Methods and Methaphors*, Brunner/Mazel Publishers, New York, 1990.

Lankton, St.R., *Practical Magic*, Meta Publication, Cupertino, California, 1980.

Lankton, St.R., Ericksonian Approaches to Hypnosis and Therapy, În Barrett Deidre (ed.) *Hypnosis and Hypnotherapy*, Praeger, An imprint of ABC-Clio, L.L.C., Santa Barbara, California, Denver, Colorado, Oxford, 2010.

Le Cron, L.M., *Self-Hypnotism – the Technique and its Use in Daily Living*, Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1978.

Leahy, L.R., *Practicing cognitive Therapy: A guide to intervention*, Northvale, N.J., Aronson, 1997.

Leahy, R. (ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*, New York, Guilford Press, 2004.

Macdonald, A., *Solution-Focused Therapy: Theory, Research & Practice*, Sage, 2008.

MacKenzie, K.R., Group psychotherapy. În W.J. Livesley (ed.), *Handbook of personality Disorders* (pp. 497–526), New York, Guilford Press, 2001.

MacNair-Semands, R.R., Predicting attendance and expectations for group therapy. În *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 6, 219–228, 2002.

Mahlberg, K. and Sjoblom, M., *Solution-focused Education*. Stockholm: Mahlberg & Sjoblom, 2004.

Marcuse, F., *Hypnosis — Fact and Fiction*, Penguin Books, 1959.

Nelson, S., Thorana; Thomas, N.F., *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy: Clinical Applications*, The Haworth Press, New York, 2007.

O'Connor, J. Seymour, *Introducing Neuro-Linguistic Programming*, Harper Collins Publication, San Francisco, 1990.

O'Hanlon, B., Weiner-Davis Michele, *In Search of Solutions: A New Direction in Psychotherapy*, W.W. Norton & Company, New York, 2003.

Ormont, L., The craft of bridging. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 3–17, 1990.

Peberdy, G., Hypnotic methods in group psychotherapy. În *The Journal of mental science*, iulie (1016–20), 1960.

Perlin, I.H., A Group Hypnotherapy. În *Group Hypnotherapy and Hypnodrama*, Nelson–Hall, Chicago, 1977.

Poey, K., Guidelines for the practice of brief, dynamic group therapy. În *International Journal of Group Psychoterapy*, 35, 331–354, 1985.

Reardon, W.T., *Group Hypnotherapy and Hypnodrama*, Nelson–Hall, Chicago, 1977.

Rhue, Judith, Lynn, St.Y., Kirsh, I., *Handbook of Clinical Hypnosis*, American Psychological Association, Washington, 1993.

Rodionov, A.V., *Vlianie psihologhiceskih faktorov na sportivnîi rezultat*. Fizkultura i sport, Moscova, 1983.

Rose, S.D., Edleson, J. *Working with children and adolescents in groups*, Jossey-Bass, San Francisco, 1987.

Rose, S.D., Social Skill Training in Short-Term Groups. În *Handbook of the Brief Psychotherapies*, Wells, R.A. & Giannetti, V.J., (ed.) Pelnum Press, New York, 1990.

Rutan, J.S., Stone, W. N., Termination in group psychotherapy. În J.S. Rutan & W.N. Stone, *Psychodynamic group psychotherapy*, (ediția a 3-a), New York, Guilford Press, 2001.

Sanders, S. *Clinical Self-Hypnosis: The Power of Words and Imagines*, Publisher: The Guilford Press, New York, 1990.

Schultz, J.H., *Antrenamentul autogen*, Editura Trei, Bucureşti, 2011.

Sparks, L., *Self-Hypnosis: A Conditioned-Response Technique*, Melvin Powers, Wilshire Book Company, Hollywood, California, 1976.

Stokvis, B. şi Wiesenhütter, E., *Der Mensch in der Entspannung : Lehrbuch autosuggestiver und übender Verfahren der Psychotherapie und Psychosomatik*, Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1961.

Uneståhl, L.E., *Hypnosis and post hypnotic suggestions*. Orebro, Narke, Veje, 1973.

Uneståhl, L.E., *Inner mental training*. Veje Publications, Orebro, 1983.

Uneståhl, L.E., Self-hypnosis. În *Applied sport psychology: personal growth to peak performance*, (J. Williams, ed.), pp. 285–301, Mountain View, CA: Mayfield, 1986.

Van Lysebeth, A., *J'apprend le yoga*, Flammarion, Paris, 1968.

Vishnudevananda, *The Complete Ilustrated Book of Yoga*, Poked books, Gulf and Western Corporation, New York, 1960.

Ward, W., *Hypnosis and Mental Imagery in Gymnasts. A Continued Study*. (Al 5-lea Congres European de Hipnoză în Psihoterapie şi Medicină Psihosomatică), Konstanz, 1990.

Walter, L.J., Peller, E., Jane, *Recreating Brief Therapy: Preferences and Possibilities*, W.W. Norton & Company, New York, 2000.

Weitzenhoffer, A.M., Hilgard, E.R. (1963), *Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility Forms I and II*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.

Wells, R.A.; Phelps, P.A., *The Brief Psychotherapies A Selective Overview*. În Wells, R.A.; Giannetti, V.J. (ed.) *Handbook of the Brief Psychotherapics*, Plenum Press, New York, 1990.

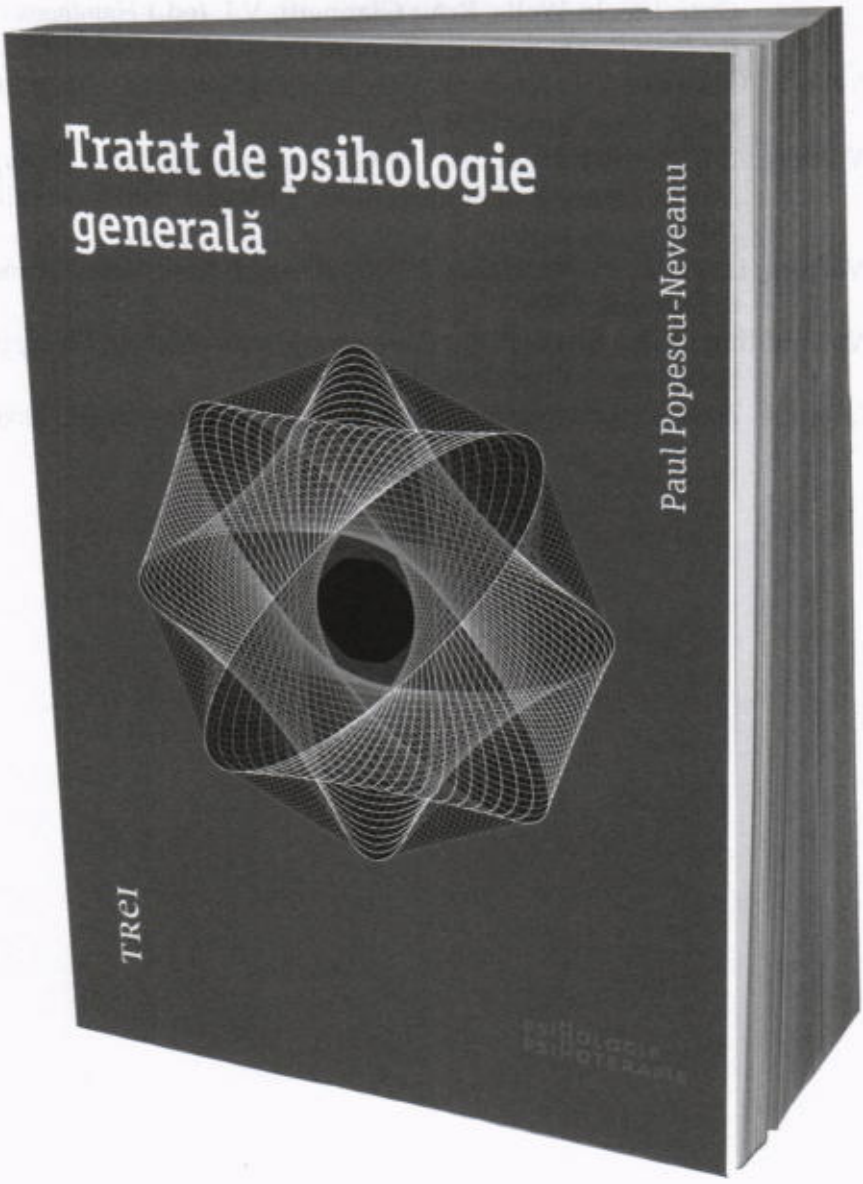
Wells, R., Giannetti, J.V., *Handbook of the Brief Psychotherapies*, Plenum Press, New York, 1990.

Wolberg, L.R., Group Hypnosis. În Greenberg, I.A. (Ed.). *Group Hypnotherapy and Hypnodrama*, Chicago, Nelson-Hall, 1977.

Wolberg, Lewis R., *The Technique of Psychotherapy*, New York, Grune & Stratton, 1977.

Wubbolding, R.E., Brickell, J., *Counselling with Reality Therapy*, Speechmark Publishing Ltd, 1999.

Yalom, I., *Tratat de psihoterapie de grup*, Editura Trei, Bucureşti, 2008.


Tratat de psihologie generală
Paul Popescu-Neveanu
TREI

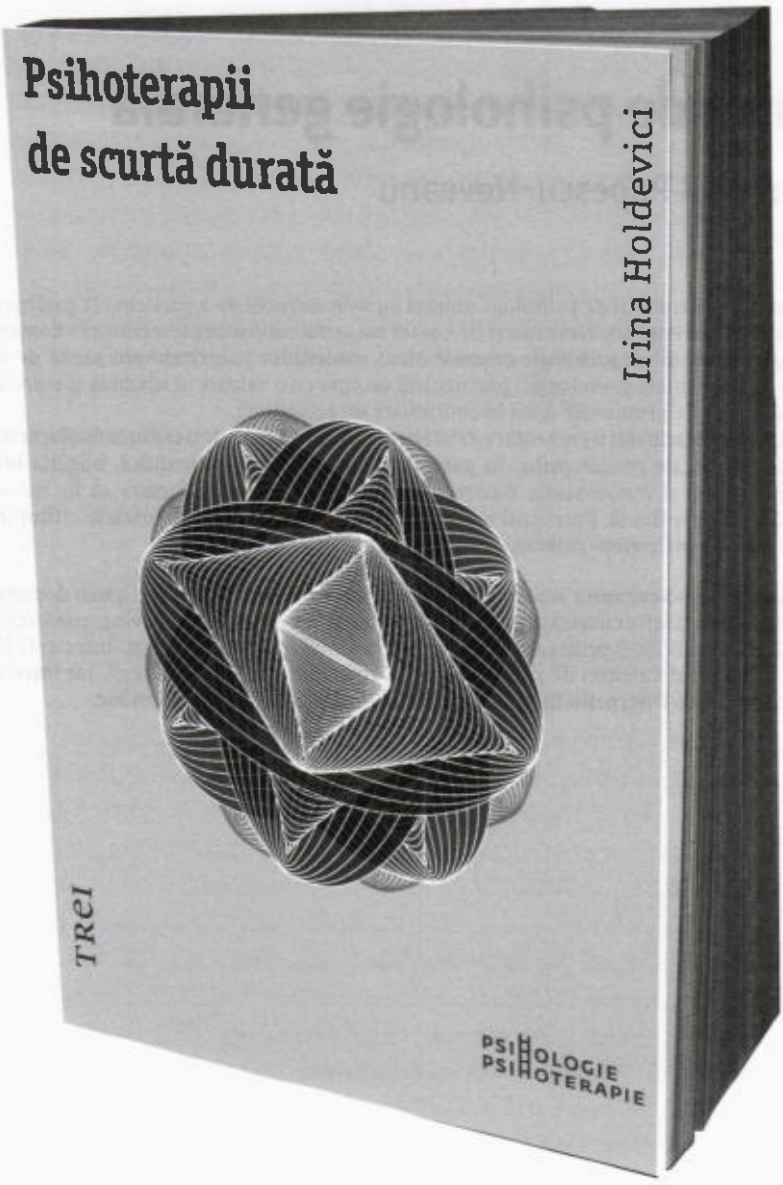
Tratat de psihologie generală

Autor: Paul Popescu-Neveanu

Numeroase generații de psihologi români au avut norocul de a participa la prelegerile profesorului Paul Popescu-Neveanu și de a-și forma astfel cunoștințe temeinice în domeniul psihologiei. *Tratatul de psihologie generală* oferă studenților contemporani șansa de a se iniția în fundamentele psihologiei, parcurgând un curs cu o valoare academică și științifică remarcabilă, ideile promovate fiind în continuare de actualitate.

Tratatul cuprinde atât o prezentare a sistemului psihic uman, cât și noțiuni fundamentale referitoare la fiecare proces psihic în parte. Claritatea și precizia textului, bogăția informațiilor, precum și numeroasele ilustrări folosite de autor fac ca lectura să fie nu doar folositoare, dar și plăcută. Prezentul volum poate satisface curiozitatea oricărui cititor interesat de mecanismele vieții psihice.

Paul Popescu-Neveanu a studiat psihologia la Brașov și București, și și-a luat doctoratul în psihologie la Universitatea din Sankt Peterburg. În anul 1953, devine conferențiar universitar, iar din 1969 profesor de psihologie la Universitatea București. Între anii 1990 și 1993 a fost șeful Catedrei de psihologie de la Universitatea din București, iar între anii 1990 și 1994 a fost Directorul Institutului de Psihologie al Academiei Române.


Psihoterapii
de scurtă durată
Irina Holdevici
TREI
PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Psihoterapii de scurtă durată

Autor: Irina Holdevici

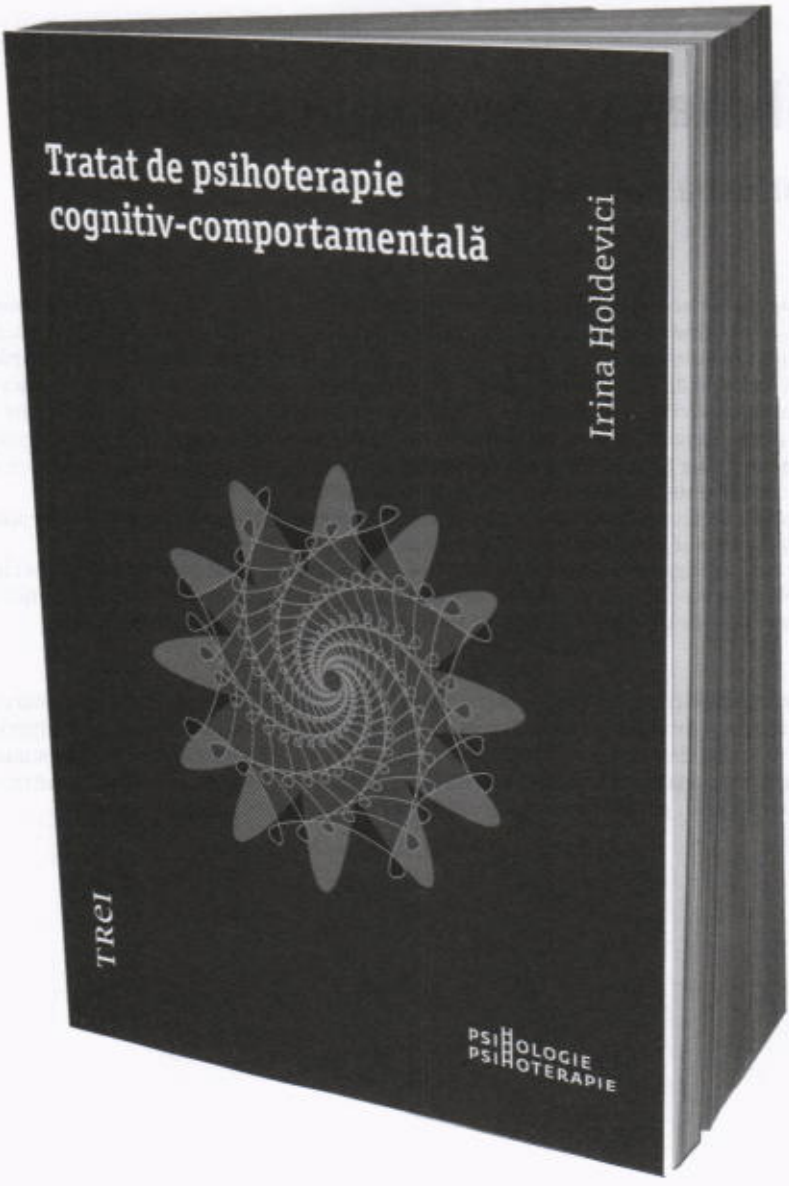
Terapiile de scurtă durată grupează practici diferite, toate având ca punct comun dorința de a obține un rezultat rapid în înlăturarea unei probleme de natură psihologică.

Scopul acestor terapii este de a face acest lucru într-o manieră durabilă propunând clienților modele de deblocare și aplicare a modificărilor comportamentale într-un interval redus de timp. Trebuie reamintit că în viața noastră, a tuturor, există momente în care ne simțim triști, nesiguri, dezorientați. Aceste momente pot fi depășite cu ajutorul psihologic de specialitate, iar în acest sens terapiile de scurtă durată propun un demers concis ce are la bază fundamente teoretice și metodologice puternice, logice și riguroase.

Terapiile de scurtă durată oferă o gamă largă de posibilități, redând clienților libertatea de a alege, gândi și simți mai fluid, într-o nouă dinamică.

Se poate adăuga că nici vârsta și nici gradul de severitate al problemelor nu reprezintă obstacole în calea conciziei aduse de cadrul de lucru specific terapiilor scurte și că fiecare dintre noi dispune de suficiente resurse interioare de autocontrol și autovindecare.

Irina Holdevici este profesor universitar la Universitatea Titu Maiorescu din București, psihoterapeut și formator în domeniul psihoterapiei cognitiv comportamentale și hipnozei clinice, psiholog clinician și psihoterapeut la clinica Medas. A publicat peste 100 de studii și 25 de cărți de specialitate. În 2008 a fost distinsă cu premiul Academiei Române „Constantin Rădulescu Motru", pentru lucrarea Consiliere și psihoterapie în situații de criză.

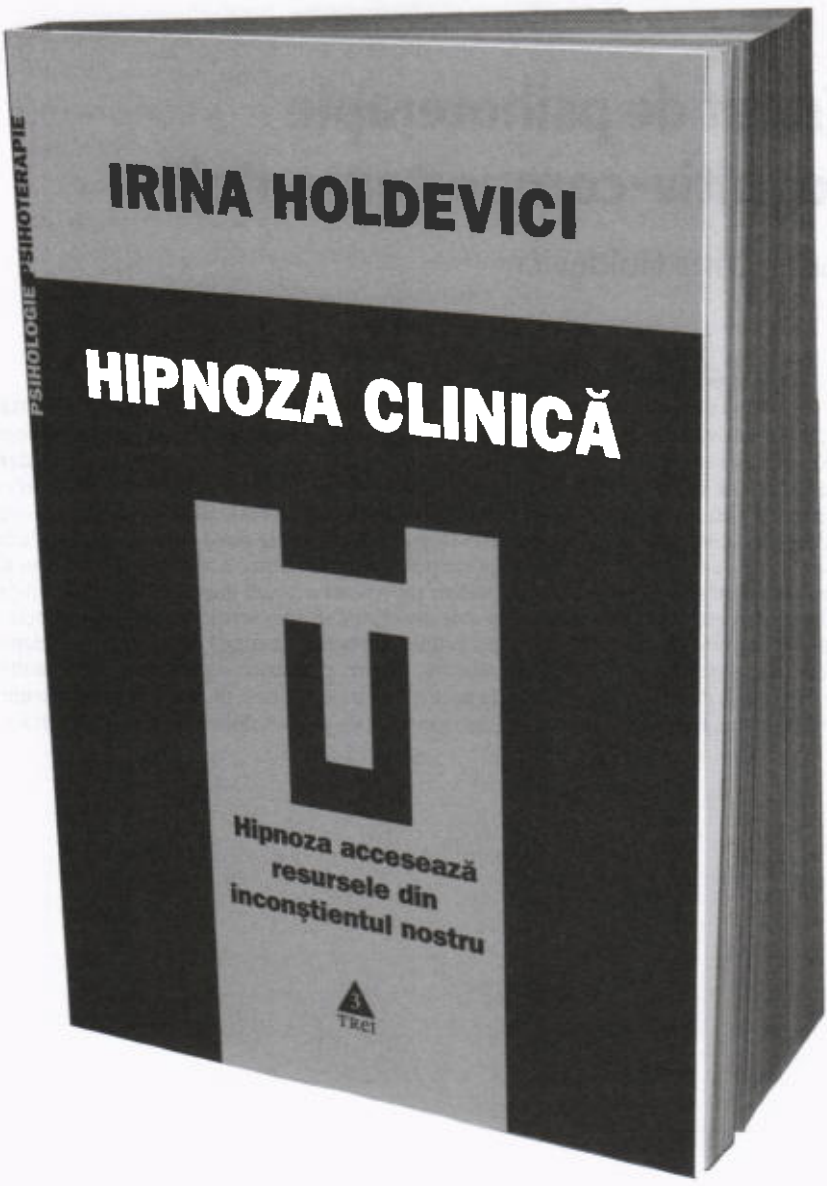

Tratat de psihoterapie
cognitiv-comportamentală
Irina Holdevici
TREI
PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală

Autor: Irina Holdevici

Gândirea pozitivă – cheia sănătății și eficienței

Principiul de bază al psihoterapiei cognitiv-comportamentale se referă la faptul că stările afective negative, cum ar fi depresia, anxietatea, panica, iritarea, precum și comportamentele dezadaptative au la bază modul distorsionat în care oamenii gândesc despre ei înșiși, despre lume și despre viitor. Aceste idei eronate au tendința de a apărea și la persoane cu un nivel intelectual ridicat, persistă chiar în contradicție cu datele realității și conduc la comportamente autoblocante și autodistructive. Demersul terapeutic pune accentul pe tehnicile de restructurare atitudinală, apelând la principiile învățării pentru a obține modificări în sfera comportamentului. Rezolvarea de probleme reprezintă o latură importantă a tratamentului. Psihoterapia este limitată în timp, are obiective clar definite, rezultate evidente, de cele mai multe ori posibil de cuantificat. Terapia cognitiv-comportamentală are rezultate eficiente în tulburările anxioase (anxietate generalizată, atacuri de panică, agorafobie, fobii multiple, fobie socială), depresive, în tulburările post-traumatice de stres, în cele datorate abuzului de substanțe, dar și în cazuri mai complexe cum ar fi, de pildă, tulburările de personalitate.


PSIHOLOGIE PSIHOTERAPIE
IRINA HOLDEVICI
HIPNOZA CLINICĂ
Hipnoza accesează resursele din inconștientul nostru
TREI

Hipnoza clinică

Autor: Irina Holdevici

Utilizată atât în clinică, pentru psihoterapie, cât şi în alte domenii de activitate în care se urmăreşte optimizarea performanţelor umane, hipnoza se dovedeşte a fi un instrument eficient al psihologului clinician în accesarea resurselor din inconştientul clientului. Pe lângă prezentarea metodelor de inducţie hipnotică, volumul de faţă cuprinde şi informaţii despre hipnoterapie, hipnoza permisivă, autohipnoză şi hipnoanaliză, precum şi aplicaţii ale hipnozei în diferite domenii clinice: tulburări psihosomatice, tulburări ale conduitei alimentare, combaterea durerii, tulburări sexuale, anxietate şi depresie. Autoarea nu se opreşte la prezentarea tehnicilor utilizate în psihoterapia adulţilor, ci abordează şi tehnicile de inducţie şi strategiile specifice utilizate în psihoterapia copiilor şi adolescenţilor. Atât studenţii, cât şi psihologii şi psihoterapeuţii vor găsi în acest tratat un sprijin în activitatea clinică desfăşurată cu adulţi, copii şi adolescenţi.

Tipărit la R.A. „Monitorul Oficial”

Epoca modernă se caracterizează printr-o creștere accentuată a influenței factorilor stresanți ce acționează asupra indivizilor și grupurilor dinspre și în multiple direcții. În aceste condiții, numărul afecțiunilor psihice și psihosomatice este în continuă creștere. Din această perspectivă sunt din ce în ce mai necesare intervențiile de specialitate din domeniul consilierii psihologice și psihoterapiei, care este de dorit să fie cât mai eficiente. De aceea, autoarele propun și detaliază în volumul de față câteva sisteme de psihoterapie de scurtă durată, printre care: psihoterapia cognitiv-comportamentală, psihoterapia dinamică de scurtă durată, psihoterapia strategică, psihoterapia sistemică, abordarea modular-contextuală, psihoterapia centrată pe problemă, psihoterapia centrată pe soluție, abordarea alegerilor realiste sau diversele variante ale hipnoterapiei de orientare ericksoniană. Durata scurtă, algoritmizarea demersului terapeutic, caracterul flexibil și eclectic al abordărilor, conceptualizarea fiecărui caz și individualizarea demersului terapeutic, stabilirea clară și cuantificarea obiectivelor, utilizarea de tehnici și strategii specifice sunt câteva dintre caracteristicile acestor abordări, elemente importante în alegerea unei terapii.

Irina Holdevici este profesor universitar la Universitatea Titu Maiorescu din București, psihoterapeut și formator în domeniul psihoterapiei cognitiv comportamentale și hipnozei clinice, psiholog clinician și psihoterapeut la clinica Medas. A publicat peste 100 de studii și 25 de cărți de specialitate. În 2008 a fost distinsă cu premiul Academiei Române „Constantin Rădulescu Motru", pentru lucrarea **Consiliere și psihoterapie în situații de criză**.

Barbara Crăciun este asistent universitar doctorand la Universitatea Titu Maiorescu din București, psihoterapeut și formator în domeniul consilierii și psihoterapiei cognitiv-comportamentale, cu stagii de pregătire în Analiză Tranzacțională, Hipnoză clinică, Terapia prin acceptare și angajament (ACT) și mindfulness. A publicat mai multe articole în reviste de specialitate interne și internaționale și face parte din consiliul editorial al „Romanian Journal of Experimental Applied Psychology".

edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-710-3

Psihoterapia eficientă

Irina Holdevici
Barbara Crăciun

TREI